



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Histórias para Crescer em Amor e Saúde:

Promoção da Literacia em Saúde

Cristina de Fátima da Silva Batista Crisanto

Orientação: Professora Coordenadora Maria Gabriela Calado

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Histórias para Crescer em Amor e Saúde:

Promoção da Literacia em Saúde

Cristina de Fátima da Silva Batista Crisanto

Orientação: Professora Coordenadora Maria Gabriela Calado

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: *Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

**Histórias para Crescer em Amor e Saúde:
Promoção da Literacia em Saúde**

Cristina de Fátima da Silva Batista Crisanto

**Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**

Júri:

Presidente: Professora Doutora Ana Paula Gato Rodrigues Polido Rodrigues

Arguente: Professor Adjunto António José da Mota Casa Nova

Orientador: Professora Coordenadora Maria Gabriela do Nascimento Martins Cavaco Calado

Data: 23 de setembro de 2020

“Não há nada de especial na leitura, a não ser que tudo nos possibilita.”

(Smith, 2003).

AGRADECIMENTOS

A edificação deste percurso formativo só foi exequível pelo envolvimento e apoio de várias pessoas, a quem se reitera a mais sincera gratidão.

À professora Maria Gabriela Calado, pelo apoio, disponibilidade, rigor e orientação.

Às Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica que nos orientaram, pela disponibilidade, momentos de reflexão e aprendizagem.

À minha chefe e colegas de trabalho, por todo o apoio, incentivo e estímulo.

À Zé, pela amizade e pelo incentivo e estímulo no trilhar deste caminho.

À Patty, minha companheira nesta viagem, pela partilha, por todo o apoio e amizade.

Aos Cotas da SIP pela partilha, desabafos e apoio ao longo deste percurso.

À Ana, à Susana e à Vera, pelo apoio, amizade, incentivo e revisão dos textos das histórias infantis.

À Sandra, por dar vida às personagens das histórias e logótipo do projeto nas suas brilhantes ilustrações.

Ao Diogo, por concretizar o nosso projeto, criando o site informático onde se agregaram as histórias infantis.

À minha família, pelo amor, precioso suporte e apoio incondicional.

Ao meu 'porto de abrigo', ao meu marido, Tiago e aos meus filhos, Diogo e Clara, por TUDO!

RESUMO

O percurso trilhado conducente à aquisição de competências de mestre e especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, que se reconhecem no aprofundamento e mobilização de conhecimentos da experiência pessoal, profissional e académica, em diferentes experiências formativas, encontra-se refletido neste relatório de estágio.

A Literacia em Saúde desempenha um importante papel na melhoria da condição de saúde. Contudo, não se pode dissociar literacia em saúde de literacia em geral, sendo que esta foi a premissa que orientou o nosso percurso formativo, bem como, o projeto de intervenção em saúde edificado – Histórias para Crescer em Amor e Saúde, que objetivou promover a literacia e leitura partilhada e promover a literacia em saúde numa vertente lúdico-pedagógica com envolvimento familiar.

O projeto revelou-se como fator aliciante a momentos de leitura partilhada com, consequente, promoção da literacia em saúde e aumento de ganhos em Saúde Infantil.

PALAVRAS-CHAVE: Literacia em Saúde; Leitura Partilhada; Promoção da Saúde Infantil; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ABSTRAT

The path leading to the acquisition of master and specialized skills in Child and Pediatric Health Nursing, recognized in the deepening and mobilization of knowledge from personal experience, professional and academic, in different training experiences, is reflected in this internship report.

Health Literacy has an important role in improving health status. However, it cannot be dissociated from general literacy, being this the premise that guided our training path, as well as our health intervention project – “Stories to Grow in Love and Health”, which aimed to promote literacy and shared reading, as well to promote health literacy in a playful-pedagogical way, with family involvement.

The project has been proven to be a leading factor for moments of shared reading, consequently promoting health literacy and increased gains in Child Health.

KEYWORDS: Health Literacy; Shared Reading; Child Health Promotion; Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|-------------------------------------|----|
| Figura 1. Análise SWOT | 66 |
|-------------------------------------|----|

ÍNDICE DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1. Objetivos e Indicadores | 68 |
| Quadro 2. Esquematização do Planeamento | 73 |
| Quadro 3. Descrição da Estimativa de Custos do Projeto | 75 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Gráfico 1. Resultados obtidos referentes à anuência em responder ao questionário | 78 |
| Gráfico 2. Resultados obtidos referentes ao sexo dos participantes | 78 |
| Gráfico 3. Resultados obtidos referentes à idade dos participantes | 79 |
| Gráfico 4. Resultados obtidos referentes ao estado civil dos participantes | 79 |
| Gráfico 5. Resultados obtidos referentes ao agregado familiar dos participantes | 80 |
| Gráfico 6. Resultados obtidos referentes ao número de filhos dos participantes | 80 |
| Gráfico 7. Resultados obtidos referentes à profissão dos participantes | 81 |
| Gráfico 8. Resultados obtidos referentes à escolaridade dos participantes | 81 |
| Gráfico 9. Resultados obtidos referentes ao distrito onde habitam os participantes | 82 |
| Gráfico 10. Resultados obtidos referentes à importância que os participantes dão à leitura de histórias aos filhos | 82 |
| Gráfico 11. Resultados obtidos referentes ao hábito de leitura de histórias aos filhos | 83 |
| Gráfico 12. Resultados obtidos referentes à frequência com que os participantes lêem aos filhos | 83 |
| Gráfico 13. Resultados obtidos referentes à razão porque os participantes lêem histórias aos filhos | 84 |
| Gráfico 14. Resultados obtidos referentes ao hábito dos participantes comprarem livros infantis | 84 |
| Gráfico 15. Resultados obtidos referentes à razão de não comprarem livros infantis | 85 |
| Gráfico 16. Resultados obtidos referentes à razão de comprarem livros infantis | 85 |
| Gráfico 17. Resultados obtidos referentes ao hábito dos participantes incentivarem os filhos a ler | 86 |
| Gráfico 18. Resultados obtidos referentes à procura de esclarecimento dos participantes sobre a saúde dos filhos | 86 |
| Gráfico 19. Resultados obtidos referentes a qual a principal razão de procura dos serviços de saúde | 87 |
| Gráfico 20. Resultados obtidos referentes a qual primeira escolha de serviço de saúde .. | 87 |
| Gráfico 21. Resultados obtidos referentes à avaliação da qualidade do projeto | 88 |
| Gráfico 22. Resultados obtidos referentes à avaliação da pertinência do projeto | 88 |
| Gráfico 23. Resultados obtidos referentes à avaliação das histórias infantis do projeto ... | 89 |
| Gráfico 24. Resultados obtidos referentes à avaliação das histórias infantis pelos filhos dos participantes | 89 |

ÍNDICE DE ANEXOS

| | |
|---|-----|
| Anexo I - Certificado de participação "O Papel das Entidades de Primeira Linha no Sistema de Promoção e Proteção de Crianças e Jovens" | 128 |
| Anexo II – Ficha de Inscrição na Teleformação "Saúde Infantil nos Primeiros anos de vida" | 130 |
| Anexo III – E-mail de autorização de parceria dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde | 133 |
| Anexo IV – E-mail de autorização para fixação de cartaz e distribuição de folhetos na sala de espera do SUP do CH[REDACTED] | 134 |
| Anexo V - Certificação em Suporte Imediato de Vida Pediátrico | 136 |
| Anexo VI – E-mail de autorização de parceria da Nascir Prematuro | 138 |
| Anexo VII – Certificado de frequência do Seminário "Os Comportamentos Aditivos na Adolescência" | 140 |
| Anexo VIII – Programa do Seminário "Os Comportamentos Aditivos na Adolescência" | 142 |
| Anexo IX – Parecer da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre | 144 |
| Anexo X – E-mail's de Aprovação de Resumo para apresentação de Poster no International Congresso n 21st Century Literacies | 146 |

ÍNDICE DE APÊNDICES

| | |
|---|-----|
| Apêndice I – Avaliação do 1.º Encontro de Mães e Grávidas do Cantinho de Amamentação | 149 |
| Apêndice II – Carta enviada ao Presidente dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde a solicitar parceria | 155 |
| Apêndice III – E-mail enviado ao Presidente do Conselho de Administração do CH[] a solicitar autorização para afixação de cartaz e distribuição de folhetos | 157 |
| Apêndice IV – E-mail enviado à Nascer Prematuro a solicitar parceria | 159 |
| Apêndice V – Livro Infantil «Amar em Estado Líquido» | 161 |
| Apêndice VI – Livro Infantil «A febre da Catarina» | 166 |
| Apêndice VII – Livro Infantil «O Pequeno Pedro» | 178 |
| Apêndice VIII – E-mail enviado à SOS Amamentação a solicitar parceria | 187 |
| Apêndice IX – Página do site Informático do projeto - Histórias para Crescer em Amor e Saúde | 189 |
| Apêndice X – Cartaz e folheto de divulgação do projeto - Histórias para Crescer em Amor e Saúde | 191 |
| Apêndice XI – Página do Facebook ® do projeto - Histórias para Crescer em Amor e Saúde | 193 |
| Apêndice XII – Resumo da Revisão Integrativa da Literatura | 195 |
| Apêndice XIII – E-mail a solicitar parecer da Comissão de Ética do IPP | 197 |

| | |
|---|-----|
| Apêndice XIV – Alcance da página do Facebook ® | 199 |
| Apêndice XV – Cronograma do projeto | 201 |
| Apêndice XVI – Questionário | 203 |

ABREVIATURAS E SIGLAS

Abreviaturas

[et.al.] – e colaboradores

art.º - artigo

n.º - número

Siglas

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

AM - Aleitamento Materno

CAM – Conselheira(s) em Aleitamento Materno

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CH■■■ - Centro Hospitalar ■■■■■■

CS - Centro de Saúde

CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco

DGS – Direcção-Geral da Saúde

ECTS - *European Credit Transfer System*

EDIN - *Échelle Douleur Inconfort Nouveau-Né*

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ELI – Equipa Local de Intervenção

HLS-EU - *European Health Literacy Survey*

ILS-PT - Inquérito sobre Literacia em Saúde em Portugal

INE – Instituto Nacional de Estatística

IP – Intervenção Precoce

IPI – Intervenção Precoce na Infância

LA - leite adaptado

LM – leite materno

NACJR – Núcleo(s) de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PES - Programa de Educação para a Saúde

PNL – Plano Nacional de Leitura

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNV - Plano Nacional de Vacinação

SMIPN - Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica e Neonatal

SNIPI - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SPN - Sociedade Portuguesa de Neonatologia

SUP - Serviço de Urgência Pediátrica

TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

UCINP – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UNESCO – United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO | 5 |
| 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO – O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA (EEESIP) COMO PROMOTOR DA LITERACIA EM SAÚDE | 9 |
| 1.1. MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER | 9 |
| 1.2. MODELO DE PARCERIA DE CUIDADOS DE ANNE CASEY E FILOSOFIA DE CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA | 11 |
| 1.3. DA LITERACIA À LITERACIA EM SAÚDE | 13 |
| 1.3.1. Literacia | 13 |
| 1.3.2. Literacia Emergente e Leitura Partilhada | 14 |
| 1.3.3. Literacia em Saúde | 16 |
| 1.4. O PAPEL DO EEESIP ENQUANTO PROMOTOR DA LITERACIA EM SAÚDE | 17 |
| 2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO PERCURSO FORMATIVO: DESCRIÇÃO, REFLEXÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS | 19 |
| 2.1. ESTÁGIO I | 20 |
| 2.2. ESTÁGIO FINAL | 21 |
| 2.2.1. Unidade de Cuidados na Comunidade | 21 |
| 2.2.2. Serviço de Urgência Pediátrica | 43 |
| 2.2.3. Serviço de Medicina Intensiva Neonatal e Pediátrica | 52 |
| 3. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE | 62 |
| 3.1. «HISTÓRIAS PARA CRESCER EM AMOR E SAÚDE» | 62 |
| 3.1.1. Diagnóstico de Situação | 63 |
| 3.1.2. Objetivos | 67 |
| 3.1.3. Planeamento | 68 |
| 3.1.4. Execução | 75 |
| 3.1.5. Avaliação e Análise Reflexiva | 77 |
| 4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS | 93 |

| | |
|---|-----|
| 4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA | 94 |
| 4.2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO EEESIP | 98 |
| 4.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM | 102 |
| CONCLUSÃO | 105 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 109 |

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio foi elaborado no âmbito do terceiro Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, em associação com a Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Este documento pretende a reflexão e descrição do percurso formativo e profissional trilhado durante o estágio final, pretendendo-se atestar a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, aptidões e competências no âmbito das competências de comuns do enfermeiro especialista, das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica e das competências de mestre.

Sendo espelho do percurso formativo, o Relatório contempla uma metodologia descritiva, crítica e reflexiva, tendo como finalidade:

- Apresentar os objetivos propostos, ações desenvolvidas, resultados obtidos e competências adquiridas durante os estágios;
- Analisar, criticamente, a pertinência da tomada de decisão pelas ações desenvolvidas nos diferentes contextos;
- Refletir sobre o impacto desta experiência formativa no desenvolvimento de aprendizagens pessoais e profissionais.

Durante este percurso formativo desenhou-se e implementou-se um projeto de intervenção em saúde. Este projeto foi elaborado de acordo com a metodologia de projeto, sendo que “esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência” (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p.2), constituída por cinco etapas que culminam na divulgação de resultados, pela apresentação do relatório.

A literacia em saúde reconhece-se como “uma estratégia fundamental para a obtenção de ganhos em saúde associada à promoção de saúde através da educação

para a saúde, quer em adultos quer em crianças” (Resende e Figueiredo, 2018, p. 103). Desta forma, a problemática do projeto de intervenção em saúde desenhado, situa-se na necessidade de aumentar a literacia em saúde, sendo que esta não pode ser dissociada de literacia em geral, por se verificar uma correlação positiva entre literacia em saúde e práticas diárias de literacia (Espanha, Ávila, & Mendes, 2016). Neste sentido, designámos o nosso projeto como **Histórias para Crescer em Amor e Saúde** e estabelecemos como objetivos principais:

- **promover a literacia e leitura partilhada;**
- **promover a literacia em saúde numa vertente lúdico-pedagógica com envolvimento familiar.**

Na persecução dos objetivos delineados, criaram-se histórias infantis, agregadas num site informático, para que pais e filhos as possam partilhar de forma gratuita. Assim, foram definidos como objetivos específicos:

- Disponibilizar histórias infantis através de site informático;
- Incrementar a leitura partilhada;
- Incutir nos pais a importância da leitura partilhada;
- Verificar qual a pertinência do projeto para os pais/cuidadores.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPÉ®) contempla o termo literacia no eixo dos focos de enfermagem, definindo-a como ‘capacidade’ (Resende e Figueiredo, 2018, p. 103). Assim, e identificando a família como contexto natural e eficaz para o desenvolvimento da criança é de valorizar que os enfermeiros e, concretamente os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (EEESIP), enfatizem como cuidado antecipatório no âmbito do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil da Direção-Geral da Saúde (DGS, 2013), de forma precoce, o início do processo de construção e apreensão da literacia, além do que, poderão promover a literacia em outros domínios do seu exercício profissional (Resende e Figueiredo, 2018, p. 103).

Ao EEESIP compete assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (OE, 2018), deste modo, norteou-se o nosso projeto de intervenção em saúde segundo esta competência. Considerando o binómio criança/família, pretende-se que as crianças e as suas famílias sejam envolvidas na problemática, a

necessidade de aumentar a literacia em saúde, pelo aumento da literacia através da leitura partilhada de histórias infantis e, consequentemente, se ambiciona o aumento da sua literacia em saúde.

Necessariamente à execução deste relatório de estágio, assim como ao desenvolver do percurso formativo analisado, foi necessário conduzir a aquisição de conhecimentos e de competências em documentos norteadores da prática do EEESIP como o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, os Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, normas e orientações técnicas da Direção-Geral da Saúde (DGS), o Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), a Deontologia Profissional de Enfermagem. Assim, como foi essencial enquadrar a nossa prática segundo os referenciais teóricos que considerámos pertinentes e concordantes ao desenvolver deste processo de aprendizagem, pelo que, seleccionámos o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender que tem como finalidade socorrer os enfermeiros na aquisição dos principais determinantes nos comportamentos de saúde, assumindo-se como ponto de partida para o aconselhamento comportamental na promoção estilos de vida saudáveis (Pender, 2011). O mesmo modelo configurou-se como um instrumento adequado, válido e pertinente para desenvolver, implementar e avaliar programas de promoção da saúde e mudança comportamental, distinguindo-se como matriz essencial para aumentar a literacia em saúde, no sentido de capacitar o indivíduo, família ou comunidade para adoção de comportamentos potenciais de um estilo de vida saudável.

“O sentido e a importância de se olhar para a criança e a família dentro do seu contexto, tem vindo a assumir ao longo dos tempos lugar de destaque, nomeadamente, na esfera das ciências da enfermagem” (Mendes, 2016, p.5). Assim, considerámos, também essencial ao nosso percurso, o modelo conceptual inerente à prática de enfermagem de saúde infantil e pediátrica que encara a criança enquanto membro efetivo de um sistema familiar, o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, bem como, a filosofia de cuidados centrados na família.

Pretendendo, de forma clara, dar visibilidade a este percurso formativo, este relatório encontra-se estruturado, de forma lógica e sequencial em 4 capítulos principais.

Inicia-se com o enquadramento teórico do relatório que incide sobre os modelos conceptuais eleitos, o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey e a filosofia de cuidados centrados na família. Neste capítulo de fundamentação teórica, abordamos ainda, a literacia, a literacia emergente, a leitura partilhada e refletimos sobre qual o papel do EEESIP como promotor da literacia em saúde.

No segundo capítulo, realizou-se a contextualização do percurso formativo, onde são descritas e analisadas as atividades desenvolvidas e competências especializadas adquiridas nos diferentes contextos de estágio.

Ao nível do terceiro capítulo apresenta-se o projeto de intervenção em saúde Histórias para Crescer em Amor e Saúde, contemplando-se as cinco etapas construtoras da metodologia de projeto, do diagnóstico de situação à avaliação e análise reflexiva dos resultados que se expõem neste relatório.

No quarto capítulo, evidencia-se, por fim, a análise reflexiva do desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, especificamente do EEESIP, bem como as competências inerentes ao mestre.

O documento termina nas considerações finais, capítulo onde se produz um breve resumo do relatório, no qual se analisa o percurso desenvolvido, assim como, qual o impacto da realização deste no desenvolvimento pessoal, académico e profissional.

Para a elaboração deste documento, redigido ao abrigo do novo Acordo Ortográfico, foram seguidas as normas de elaboração e apresentação de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre e as normas de citação e bibliografia preconizadas pela *American Psychological Association* (APA) na sua 6ª edição.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO – O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA (EEESIP) COMO PROMOTOR DA LITERACIA EM SAÚDE

Conforme Nóbrega e Santos, “ao longo da evolução das ciências de enfermagem, em alguns momentos, foi questionado o caráter científico da enfermagem, o que contribuiu para o desenvolvimento de várias teorias como forma de suporte para a prática de enfermagem” (citados por Bittencourt, Marques e Barroso, 2018, p.127). Importa, assim, alicerçar este relatório em teorias que sustentam a prática do enfermeiro, concretamente as que alicerçam o nosso projeto de aprendizagem enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

1.1. MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER

Promoção da saúde é um “processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar” (1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa, 1986, p. 1).

Sustentado na teoria cognitiva social de Albert Bandura “que postula a importância dos processos cognitivos na alteração comportamental” (Sakraida, 2004, p. 701), Nola Pender desenvolveu o Modelo de Promoção de Saúde. Os pressupostos que suportam este modelo teórico são diversos e espelham a óptica da enfermagem, bem como, das ciências do comportamento.

Este modelo de promoção de saúde pretende “identificar os fatores que influenciam comportamentos saudáveis a partir do contexto biopsicossocial”, assim como, “fundamenta a conceção de promoção de saúde em atividades voltadas para o desenvolvimento de recursos que mantenham ou intensifiquem o bem-estar da pessoa” (Silva e Santos, 2010, p.746). Pressupõe a interação das pessoas com o ambiente que, através da sua consciência reflexiva, orientam o seu comportamento

no sentido que ponderam como positivo, para, deste modo, exprimir o seu potencial de saúde (Sakraida, 2004).

Como explica o comportamento para melhorar a saúde, este modelo, possibilita a sua aplicabilidade a todo o ciclo vital (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2010). Aplica-se na execução e avaliação de ações de promoção de saúde, de modo, a explicar determinado comportamento. Assim, é realizado um estudo de correspondência entre as características e experiências individuais (comportamento anterior e fatores pessoais), os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar (perceção de benefícios, barreiras para ação, auto-eficácia, sentimentos em relação ao comportamento) e o comportamento de promoção da saúde desejável (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015).

O Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender tem como finalidade capacitar os enfermeiros na apreensão dos principais determinantes nos comportamentos de saúde, assumindo-se como ponto de partida para o aconselhamento comportamental na promoção estilos de vida saudáveis (Pender, 2011). Pela aplicação deste modelo, e atuando em parceria com o utente, é possível capacitá-lo na mudança de comportamentos, para que este adquira estilos de vida saudáveis.

Pender sustenta que os enfermeiros são profissionais de saúde que desempenham um papel crucial na promoção da saúde de indivíduos em todas as idades, incrementando uma abordagem holística, na potenciação da saúde individual, das famílias e comunidades. São facilitadores da tomada de decisão, desenvolvem atividades promotoras de saúde, capacitam os indivíduos, aplicando políticas de saúde e sociais em colaboração com outros profissionais de saúde (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015).

A título de exemplo, para a criança, o ambiente familiar desempenha um papel significativo para o auto-cuidado. Assim, a promoção da saúde realiza-se por meio de experiências de infância positivas e estáveis, devendo ser trabalhadas de forma a potenciar a sua saúde.

Desta forma, o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender configura-se como um instrumento adequado, válido e pertinente para desenvolver, implementar e avaliar programas de promoção da saúde e mudança comportamental, distinguindo-se como matriz essencial para aumentar a literacia em saúde, no sentido de

capacitar o indivíduo, família ou comunidade para adoção de comportamentos potenciais de um estilo de vida saudável.

1.2. MODELO DE PARCERIA DE CUIDADOS DE ANNE CASEY E FILOSOFIA DE CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA

“O sentido e a importância de se olhar para a criança e a família dentro do seu contexto, tem vindo a assumir ao longo dos tempos lugar de destaque, nomeadamente, na esfera das ciências da enfermagem” (Mendes, 2016, p.5). Assim, o modelo conceptual inerente à prática de enfermagem de saúde infantil e pediátrica encara a criança enquanto membro efetivo de um sistema familiar, o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey e a filosofia de cuidados centrados na família são norteadores da prática da EEESIP.

A criança é um ser dependente de outros, naturalmente e idealmente dos pais, para satisfazer as necessidades elementares ao seu adequado crescimento e desenvolvimento, pelo que, a família surge sempre como a referência no cuidar da criança, sendo “...o seu enquadramento hoje assumido como fator que viabiliza o cuidado humanizado” (Mendes e Martins, 2012, p. 114).

Efetivamente, os pais/família da criança são os detentores privilegiados do conhecimento sobre esta, são, ainda, o principal recurso da criança, quer para garantir o adequado crescimento e desenvolvimento, como para a promoção da sua saúde, quer para garantir a prestação de cuidados em situação de doença, aguda ou crónica. Neste sentido, conforme Melo et al (2014), as famílias “...demonstram cada vez mais interesse em ser incluídas nos cuidados, o que implica o estabelecimento de vínculos e de parcerias...” (p. 437). Assim, cuidar em pediatria, “...determina que o enfermeiro desenvolva as suas capacidades para responder com competência à singularidade do ato de cuidar a criança em parceria com os pais” (Mendes e Martins, 2012, p. 120).

Casey advoga que “os cuidados à criança devem ser em forma de proteção, estímulo e amor de forma a preservar o seu crescimento e desenvolvimento, e ninguém melhor do que os pais para providenciar estes cuidados” (citado por

Mendes, 2016, p.8).

O Modelo de Anne Casey destaca a importância da família, e a operacionalização deste requer um processo de negociação, pelo que é essencial o respeito pelos desejos da criança/família, assim como, pelas suas necessidades. Pelo que, o papel do enfermeiro, nesta parceria, é o de prestar apoio, ensino e encaminhamento, para que a família se capacite de modo a satisfazer as necessidades da criança (Casey, 1993).

No seu modelo, Casey “distingue, cuidados familiares de cuidados de enfermagem e propõe uma abordagem de cuidados flexível, em função das circunstâncias familiares. A família exerce o papel principal no desenvolvimento da criança, é o seu suporte afetivo e mediadora entre ela e o mundo externo” (citada por Mendes, 2016, p.9). Os pais são estimulados a prestar todos os cuidados familiares e em algumas circunstâncias, a participar ou até mesmo a realizar algumas atividades de enfermagem, após ensino e instrução, e com supervisão do enfermeiro (Casey, 1993).

Pelo desenvolvimento da relação de ajuda entre criança, pais e enfermeiro e do ensino, o enfermeiro orienta os pais nos cuidados a prestar, partilhando conhecimentos e ensinando técnicas, encaminhando, também, para outros profissionais de saúde e/ou a apoios existentes na comunidade, de forma a dar resposta a todas as necessidades da criança e da família (Casey, 1993).

Apesar de se distinguirem cuidados de enfermagem e cuidados familiares, verifica-se flexibilidade nestes conceitos, tanto o enfermeiro poderá desempenhar cuidados familiares, como os pais poderão, devidamente orientados, desempenhar atividades inerentes aos cuidados de enfermagem (Casey, 1993; Farrel, 1994).

Verifica-se, deste modo, que o conceito de parceria de cuidados se associa a um processo dinâmico, onde acontece a partilha de conhecimentos e de poder, onde os intervenientes participam de forma ativa, em comum acordo, na prossecução de objetivos comuns (Mendes e Martins, 2012). Esta relação terapêutica, aliçada em confiança e respeito mútuo, “...exige a assunção, por parte dos enfermeiros, da importância da negociação da parceria de cuidados e o respeito pela tomada de decisão dos pais” (Mendes & Martins, 2012, p. 114). Assim, a chave para esta relação está no *empowerment* da família.

A parceria de cuidados merece papel de destaque nos cuidados pediátricos, devendo arrolar a prática, pensar e agir daqueles que lhes prestam cuidados, especificamente o EEESIP, pois “o trabalho de cuidar em parceria surge como promotor da otimização da saúde no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade” (Mendes & Martins, 2012, p. 114).

Sendo que a família é a unidade basilar e indissociável da criança, de acordo com a filosofia dos cuidados centrados na família, aos profissionais de saúde compete “apoiar, respeitar, encorajar e potencializar a força e a competência da família através do desenvolvimento de parcerias com os pais” (Hockenberry e Barrera, 2014, p. 11); assim como capacitar a família para fomentar o desenvolvimento de competências e *empowerment*, de modo a controlarem positivamente as suas vidas (Hockenberry & Barrera, 2014).

Neste sentido, é da competência do EEESIP “reconhecer a família como algo constante na vida do indivíduo, já que o sistema de saúde se modifica periodicamente; compreender que a família possui crenças, conhecimentos e dispositivos pessoais que a possibilita agir, utilizando diferentes métodos para lidar com os problemas de saúde” (Pacheco et al, 2013, p.107).

1.3. DA LITERACIA À LITERACIA EM SAÚDE

O progresso da literacia é um tema merecedor de investigação nos últimos anos sendo que os resultados dos estudos apontam que esta área deve ser iniciada de forma precoce e que um dos contextos privilegiados para a sua iniciação é a família (Silva, 2016).

1.3.1. Literacia

O conceito de literacia pode entender-se como um termo recente da língua portuguesa proveniente da necessidade de explicar a “nova forma de encarar e valorizar a vertente funcional e utilitária da linguagem escrita” (Mata, 2006).

Sim-Sim (1999) refere que a literacia não outorga apenas a oportunidade de acesso à informação escrita, como também, à integração desta na vida do indivíduo, ao nível pessoal e social.

A UNESCO (s.d.), defende que a “literacia é o cerne da educação básica para todos e essencial para erradicar a pobreza, contribuir para a igualdade de género, assegurar o desenvolvimento sustentável, a paz e a democracia” (para. 2).

Deste modo, a literacia, é mais do que o ato de ler ou escrever, compreendendo também, conforme Mata (2006, p.17), “a capacidade de dar sentido e utilidade a essas oportunidades de ler ou escrever”, sendo necessário dar importância à “necessidade de contextualização de qualquer ato de literacia”.

A partir da década de oitenta do séc. XX, o paradigma da abordagem da construção e apreensão do processo de desenvolvimento da literacia foi sofrendo alterações, concretamente, no que concerne à necessidade que se inicie precocemente e que se verifique o envolvimento dos pais /figuras parentais e da própria criança neste mesmo processo (Resende & Figueiredo, 2018).

1.3.2. Literacia Emergente e Leitura Partilhada

Compreendido no conceito de literacia, agrega-se o conceito de literacia emergente que tem diversos pressupostos subjacentes ao seu desenvolvimento, como a conceção de que a aquisição da literacia se inicia antes da entrada no ensino formal em diversos contextos informais (Mata, 2006).

A literacia emergente constitui-se como a primeira fase de construção e desenvolvimento da literacia, pelo que, deve ser encarada como um método de desenvolvimento contínuo que se inicia nos primeiros anos de vida e se expande em contextos reais e individuais (Resende & Figueiredo, 2018).

Resende e Figueiredo (2018) referem que a “promoção da literacia deverá acontecer o mais precocemente possível”, com a “mobilização intencional e sistémica da participação dos pais/figuras parentais” e da própria criança neste mes-

mo processo de desenvolvimento, através da “promoção precoce dos primeiros contatos da criança com o material escrito”, atividades e experiências de literacia que lhe possibilitem a aquisição de pré-requisitos (competências de literacia emergente) necessários ao desenvolvimento da literacia (p.111-112).

A literacia emergente caracteriza-se por ser um processo cultural, social e conceptual, sendo imbuída numa componente afetiva subjacente às atitudes (positivas ou negativas) que a criança irá ter acerca da leitura e da escrita (Mata, 2006).

A literacia não acontece espontaneamente, para tal, é necessário que se desenvolvam oportunidades propícias a esta aquisição (Pessanha, 2001), que sejam significantes e indispensáveis. Assim, as atividades de literacia emergente poderão acontecer de forma formal ou informal, no que se refere ao carácter lúdico da atividade desenvolvida (Sénéchal & LeFevre, 2002).

Quando pensamos em livros infantis, associamo-los facilmente ao nosso imaginário infantil de contos que nos são familiares, bem como ao próprio processo de aquisição da leitura e da escrita. Segundo o Programa “Ler dá mais saúde”, as crianças que contactam desde cedo com livros e que ouvem ler de forma assídua adquirem uma linguagem mais rica, com maior facilidade na expressão como na compreensão. A este aspeto, acresce a referência a uma melhor adaptação à escola e maior sucesso escolar (Soares & Tavares, 2016).

Azevedo (2014) refere que:

“A literatura infantil acompanha a criança praticamente desde o seu nascimento, abre-lhe as portas para os mundos possíveis da textualidade e para as múltiplas viagens que ela será chamada a percorrer, criando-lhe as raízes para uma adesão frutificante à leitura. Interrogando práticas e estimulando o leitor a refletir, ela constitui um objeto fundamental para o próprio conhecimento do homem, da sua cultura e sistemas ideológicos”(p.3).

Assim, a literatura infantil deverá ser promovida antes da entrada na escolaridade obrigatória para que, além de se desenvolver a capacidade de comunicação, a criança compreenda e integre conceitos e comportamentos culturais, bem como, lhes atribua as devidas significações (Pontes & Azevedo, 2008).

De acordo com Resende e Figueiredo (2018), a leitura partilhada de histórias é uma das práticas de literacia familiar, reconhecida como uma atividade e “experiência particularmente rica no desenvolvimento da literacia das crianças”(p.110), pois “através da interação positiva dos adultos (pais/figuras parentais) com a criança, na leitura partilhada de histórias em voz alta, se estimula ainda a imaginação, a associação de ideias, a atenção, a capacidade de concentração e permite aprendizagens diferentes”(p.111).

Constata-se, assim, que a qualidade dessa relação e da estimulação precoce da criança com a leitura partilhada e em voz alta de livros em contexto familiar é expressivamente relacionada à adoção de promoção e comportamentos de saúde (Resende & Figueiredo, 2018).

1.3.3. Literacia em Saúde

O conceito de literacia em saúde entende-se como integrador de diferentes níveis de capacitação e pode definir-se como a aptidão para obter, processar e compreender informação e serviços básicos de saúde, necessários para fazer escolhas de saúde adequadas, como a adoção de estilos de vida saudáveis (Santos, 2010).

A literacia em saúde regula a forma como cada indivíduo tem capacidade de tomar decisões sensatas sobre saúde, implicando não apenas a qualidade de vida individual, bem como daqueles que lhe são próximos e/ou lhe são dependentes (Espanha, Ávila, & Mendes, 2016).

Deste modo, a literacia em saúde reconhece-se como “uma estratégia fundamental para a obtenção de ganhos em saúde associada à promoção de saúde através da educação para a saúde, quer em adultos quer em crianças” (Resende e Figueiredo, 2018, p.103).

A literacia em geral tem, indiscutivelmente, impacto no desenvolvimento da literacia em saúde. E a ideia de que a literacia em geral se inicia a nível da escolaridade.

dade tem sido refutada, sendo que a partir do século XX, “o paradigma da abordagem da construção e apreensão do processo de desenvolvimento da literacia foi sendo alterado, nomeadamente, quanto à necessidade da precocidade do seu início e do envolvimento dos pais/figuras parentais e da própria criança neste mesmo processo” (Resende e Figueiredo, 2018, p.3).

1.4. O PAPEL DO EEESIP ENQUANTO PROMOTOR DA LITERACIA EM SAÚDE

De acordo com Quintas (2015), “a literacia em saúde é um instrumento fundamental para melhorar os níveis de saúde da população” (para.2), pelo que “é necessário que as pessoas, para além, de terem os conhecimentos os interpretem e compreendam, criando soluções que lhes permitam ter estilos de vida progressivamente mais saudáveis, seja através da capacitação individual ou da mudança contextual” (para.3).

Promover a literacia em saúde envolve mais do que a simples transmissão de conhecimentos, sendo extremamente importante capacitar os indivíduos a desenvolverem confiança para agir com base no conhecimento transmitido, bem como a capacidade para trabalharem e apoiarem outros através de formas eficazes de comunicação e intervenção na comunidade (Nutbeam, 2000). Neste sentido, a promoção de literacia em saúde envolve o desenvolvimento de competências pessoais num ambiente de suporte, através da melhoria da motivação e autoconfiança para agir com base na informação recebida.

A promoção da literacia em saúde constitui-se como um processo contínuo, onde é essencial a identificação das necessidades de conhecimentos, capacidades de interpretação ou de desenvolvimento de capacidades e potencialidades (Quintas, 2015).

Calha (2014) refere que “ainda que a responsabilidade de promoção da literacia em saúde seja coletiva, aos profissionais de saúde cabe um papel crucial. Em enfermagem a relevância desse papel traduz-se na integração da educação para a saúde enquanto dimensão fundamental da sua intervenção”(p.139).

Na especificidade da Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, o EEESIP tem como missão trabalhar "...em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (...) para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa" (OE, 2018, p.19192). Assim, a EEESIP aplica "...um modelo conceptual centrado na criança e família, encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados" (OE, 2018, p.19192). Efetivamente, cuidar em Pediatria obriga que o foco de atenção dos enfermeiros seja, não só a criança, doente ou saudável, como também a sua família.

Sendo que, "o aumento da literacia em saúde", relacionada com o desempenho da parentalidade, "é essencial para a promoção de um desenvolvimento saudável" (DGS, 2019b), assim como a promoção da literacia em saúde em idade precoces tem um impacto direto na literacia em saúde em idades posteriores (Borzekowski, 2009; Chang, 2010; Fetro, 2010; Paek e Hove, 2012), daqui advém a importância que os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica assumem, ao assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (OE, 2018). Estes deverão constituir-se como impulsionadores para a promoção precoce de práticas de literacia familiar, conducentes, conforme Resende e Figueiredo (2018), "à aquisição de competências de literacia emergente, enquanto estratégia de educação para a saúde para o desenvolvimento integral da criança"(p.103), e consequentemente, com aumento da literacia em saúde.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO PERCURSO FORMATIVO: DESCRIÇÃO, REFLEXÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

O presente capítulo, tem como finalidade descrever reflexivamente o percurso formativo desenvolvido nos diversos estágios realizados. Através da sua contextualização, serão apresentadas as características e especificidades de cada um, assim como as experiências formativas desenvolvidas, essenciais ao atingir do objetivo delineado:

- Adquirir conhecimentos, competências e atitudes apropriadas à intervenção específica do EEESIP.

De modo a atingir o objetivo geral, delineámos, em conformidade com o Regulamento de Competências Específicas do EEESIP (OE, 2018), os objetivos específicos adequados à especificidade de cada campo de estágio.

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, estão definidos dois estágios, o estágio I e o estágio final. No que concerne ao estágio I, realizámos candidatura ao processo de reconhecimento e validação de competências adquiridas em contextos não formais e informais, conforme regulamento da Escola Superior de Saúde de Portalegre, tendo sido reconhecidas, validadas e creditadas as competências adquiridas em contexto profissional.

Desde modo, o percurso formativo formal foi desenvolvido exclusivamente durante o estágio final que se realizou em três diferentes contextos.

O primeiro contexto de estágio realizou-se numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Alentejo Central, de 16 de setembro a 11 de outubro.

A segunda etapa do estágio final foi operacionalizada no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) de um Centro Hospitalar no Ribatejo, durante quatro semanas, de 14 de outubro a 8 de novembro.

No período de 11 de novembro a 21 de dezembro realizou-se o terceiro estágio no Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica e Neonatal (SMIPN) numa Unidade de Cuidados Hospitalares do Algarve.

Os campos de estágio foram selecionados em conformidade com o autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem, com o projeto de intervenção em saúde construído, bem como, por se revelarem como provedores de diferentes experiências, revestidas de grande especificidade, na promoção do desenvolvimento de competências essenciais aos cuidados de enfermagem especializada em saúde infantil e pediátrica.

Este capítulo é composto por três subcapítulos. Cada subcapítulo corresponde a um campo de estágio e contempla a sua caracterização, assim como a descrição, reflexão e análise crítica das atividades desenvolvidas para aumentar o conhecimento e competências científicas, humanas e técnicas apropriadas à prestação de cuidados à criança/jovem e família.

2.1. ESTÁGIO I

Como supra referido, não se cumpriu a unidade curricular Estágio I, para tal, tendo em conta a experiência profissional, superior a uma década em contexto de serviço de internamento de pediatria, auferimos validação e creditação das competências adquiridas em contexto profissional, com a atribuição do respetivo número de ECTS (*European Credit Transfer System*), pela candidatura ao Processo de Reconhecimento e Validação de Competências, conforme o Regulamento do Processo de Reconhecimento e Validação de Competências Adquiridas em Contextos Não Formais e Informais da Escola Superior de Saúde de Portalegre do Instituto Politécnico de Portalegre.

Conforme o artigo 5.º do Regulamento, a candidatura foi instruída pela apresentação de: requerimento de candidatura dirigido ao Diretor da Escola Superior de Saúde de Portalegre; portefólio de competências e comprovativos; ficha pessoal; carta de motivações e Curriculum Vitae em modelo europeu.

No portefólio de competências fornecemos as seguintes informações: descrição de funções/atividades realizadas, explicitação das aprendizagens e competências adquiridas e a sua correspondência com a unidade curricular Estágio I, atestando como as aprendizagens adquiridas e as competências desenvolvidas permitiram atingir os objetivos do estágio, considerando que estes estão de acordo com o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEESIP e de mestre em Enfermagem.

O portefólio foi analisado e avaliado pelo júri e, posteriormente, foi realizada entrevista onde se colocaram questões baseadas com o referencial de competências da unidade curricular, para finalmente o júri deliberar atribuir validação total à unidade curricular e atribuir os ECTS correspondentes.

2.2. ESTÁGIO FINAL

Os campos de estágio definidos pretendem refletir a diversidade de atividades e valioso contributo na aquisição e desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas, para o planeamento, execução e gestão dos cuidados de enfermagem especializados.

2.2.1. Unidade de Cuidados na Comunidade

A experiência formativa da unidade curricular estágio final iniciou-se numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), sobre tutoria e orientação de uma EEESIP.

Definiu-se como objetivo geral para este estágio:

- Adquirir conhecimentos, competências e atitudes apropriadas à intervenção específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica em contexto de Cuidados de Saúde Primários.

A UCC tem como finalidade responder às necessidades da população em cuidados de saúde de âmbito comunitário e opera com base nas normas e orientações proferidas pela Administração Regional de Saúde do Alentejo, atuando em conformidade com as diretrizes proferidas pela Direcção Geral de Saúde.

A área geográfica de influência da UCC abrange uma área de cerca de 194.62,22 Km² e é formada por quatro freguesias e respectivos aglomerados (Falcato, 2018). A população total residente no concelho de abrangência desta UCC, conforme dados dos Censos de 2011, era de 8319 pessoas.

As áreas privilegiadas de atuação da UCC são: a Equipa de Coordenação Local, Equipa de Cuidados Continuados Integrados, Saúde Escolar, Intervenção Precoce, Rede Social, Rendimento Social de Inserção, Núcleo de Apoio às Crianças e Jovens em Risco, Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, Comissão de Proteção de Crianças e Jovens e Cantinho da Amamentação.

Os profissionais que constituem a equipa da UCC subdividem-se em dois grupos, a equipa base e a colaboradora. A equipa base é constituída por: quatro enfermeiras: Enfermeira (Enf.^a) Coordenadora e responsável pela equipa de coordenação da rede nacional de cuidados continuados integrados, Enf.^a Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária, Enf.^a Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, Enf.^a Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, uma assistente técnica e uma assistente operacional

Constituem a equipa colaboradora: um médico, um fisioterapeuta, um terapeuta da fala, um psicólogo e uma assistente social.

Na UCC o método de trabalho utilizado é o trabalho da equipa multidisciplinar, com projetos conferidos a cada área de atuação e a cada membro da mesma equipa, potenciando uma melhoria da saúde/doença da população. São valores primários da equipa que constitui esta UCC, o respeito pela individualidade do utente e a promoção da sua autonomia (Falcato, 2018).

A realização do estágio em contexto de UCC permitiu-nos observar, trabalhar, desenvolver competências, na abrangência da saúde infanto-juvenil sob a perspectiva da promoção da saúde, na maximização da saúde da criança/jovem com a família. Apesar das diferentes áreas de atuação da UCC, privilegiaram-se duas áreas de atuação nesta experiência formativa, a Intervenção Precoce e o Cantinho da Amamentação, dado a Enfermeira Orientadora de Estágio ser responsável por estas duas valências dentro da UCC.

Contudo, foi possível compreender e analisar o papel do EEESIP na Saúde Escolar, Comissão de Proteção de Crianças e Jovens e no Núcleo de Apoio às Crianças e Jovens em Risco, quer pela apresentação das atividades desenvolvidas pela Enfermeira Orientadora, como pela leitura e análise de documentos institucionais que nos foram facultados. Assim, abordaremos, de forma resumida, estas três valências, apesar de não termos desenvolvido atividades concretas dentro destas, consideramos de extrema importância a reflexão sobre a mais-valia do papel do EEESIP nestas áreas.

Saúde Escolar

A Saúde Escolar, como programa de saúde pública, a nível dos cuidados de saúde primários, ambiciona a promoção do desenvolvimento de competências na comunidade educativa procurando melhorar o seu bem-estar físico, mental e social, bem como apoiar a inclusão em meio escolar de crianças com necessidade de saúde especiais (DGS, 2010a).

O programa, na UCC, tem como população alvo a comunidade educativa do ensino público, Agrupamento de Escolas e privado, Santa Casa da Misericórdia e Cáritas e abrange uma comunidade de 1306 alunos com projetos nas áreas das competências sociais e interpessoais, higiene e alimentação saudável, sexualidade segura, consumo nocivo de tabaco e álcool, o projeto 'ser finalista', entre outros (Falcato, 2018).

A atividades desenvolvidas na Saúde Escolar pela enfermeira da UCC compreendem a integração do Conselho Geral de Educação, realização de ações de formação/sensibilização com alunos, encarregados de educação e pessoal docente e não docente, encaminhamento dos alunos com necessidades de saúde especiais, assim como, valida, em colaboração com a UCSP, a realização de Exames Globais de Saúde dos alunos e o comprimento do PNV da comunidade escolar (Falcato, 2018).

No decorrer do estágio, tivemos oportunidade de perceber a fase de elaboração do plano de ação, trabalho desenvolvido pela enfermeira responsável pela Saúde Escolar, sendo que este plano define o Programa de Educação para a Saúde (PES) anual e é elaborado em articulação com a Equipa Coordenadora do PES do Agrupamento de Escolas.

Visto a Saúde Escolar ter como objetivo a proteção da saúde das crianças/jovens, a intervenção do EEESIP reveste-se de extrema importância, pela compreensão da realidade em que a população escolar se encontra inserida, diminuindo a vulnerabilidade desta ao risco a que se encontram expostas neste contexto, onde, diariamente, passam grande parte do seu tempo (DGS, 2015).

Consideramos que o EEESIP desenvolve, no âmbito da Saúde Escolar, a competência de assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, pela aplicação de estratégias motivadoras na promoção e adoção dos seus papéis em saúde, facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença, bem como pelo estabelecimento e manutenção de redes de recursos comunitários de suporte à criança/ jovem e família com necessidades de cuidados, apoiando também a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais (OE, 2018), cooperando, desta forma, para a aquisição de ganhos em saúde pela promoção de contextos escolares favoráveis à saúde (DGS, 2015).

Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco

A Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJ) labora de acordo com a Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro, Lei de Proteção das Crianças e Jovens em Perigo.

De acordo com o art. 3º da lei supracitada,

“a intervenção para a promoção da criança e do jovem em perigo tem lugar quando os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de fato, ponham em perigo a sua segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento, ou quando esse perigo resulte de ação ou omissão de terceiros ou da própria criança ou jovem a que aqueles não se oponham de modo a removê-lo” (Lei n.º 147/99).

O Centro de Saúde integra a CPCJ, fazendo-se representar por um médico da UCSP na comissão alargada e uma enfermeira da UCC na comissão restrita.

A população-alvo da CPCJ compreende crianças dos 0 aos 18 anos em situação de perigo do concelho ou até aos 21 anos, caso o jovem o solicite.

São objetivos da integração da enfermeira na CPCJ, sinalizar crianças e jovens, encaminhar as situações sinalizadas e acompanhar utentes/família. Assim, desenvolve as seguintes atividades:

- Visitação domiciliária para avaliação da Criança/Jovem e Família com preliminar reunião com a CPCJ;
- Participação ativa na discussão dos casos em reunião de equipa com a CPCJ (Falcato, 2018).

Tendo presente a confidencialidade inerente à condução e acompanhamento dos processos não nos foi possível acompanhar nenhuma reunião, contudo reconhecemos a importância da participação do EEESIP nestas, diagnosticando precocemente e intervindo “nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (OE, 2018, p.19193), dada a implicação que a falta de segurança, a exposição ao perigo, tem no

desenvolvimento saudável da criança/jovem, quer a nível físico, psicológico, emocional e social.

Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

Dado o relevo dos maus tratos como problema de saúde, as crianças e jovens em risco têm vindo a ganhar, nas últimas décadas, maior atenção por parte da sociedade e, em particular, das entidades com competência em matéria de vigilância na infância e juventude.

Como entidade de primeiro nível, operam os Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), aos quais são ratificadas competências na área da infância e juventude, que têm ação privilegiada em domínios como os da saúde para intervir na promoção dos direitos e na proteção das crianças e jovens, em geral, e das que se encontram em situação de risco ou perigo (DGS, 2011).

A ação do NACJR dirige-se a crianças e jovens até aos 18 anos que se encontrem em situação de perigo, abandono ou vivam entregues a si próprios; que sofram de maus tratos físicos, psíquicos ou abusos sexuais; sejam obrigados a trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade; estejam sujeitos a comportamentos que ponham em causa a sua segurança/equilíbrio emocional, de forma direta ou indireta (UCC, 2017).

Objetiva a promoção da proteção das crianças e jovens em risco no concelho; identificar crianças e jovens em situação de risco e acompanhar os casos identificados sinalizando às diferentes áreas de intervenção (UCC, 2017).

Em contexto de maus tratos em crianças e jovens, o NACJR, nos contextos em que se desenvolve as suas atividades, procede à avaliação, intervenção e encaminhamento dos mesmos, numa perspetiva de rede quer com a UCSP, com a IP, com os outros NACJR ou com a CPCJ.

De acordo com o artigo 4.º do Regulamento Interno do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, o “Núcleo é composto por um médico, três enfermeiras e uma técnica do serviço social”. Como intervenções específicas da equipa de enfermagem da UCC são definidas a “informação sobre a dinâmica de saúde e desenvolvimento da criança no seio familiar e comunidade” e “acompanhamento da aplicação do Plano de Intervenção e Apoio à Família e proceder à respetiva avaliação, nomeadamente através de visitas domiciliárias ou apoio a outros profissionais” (UCC, 2017, p.5).

Pela necessidade de maior investimento no desenvolvimento de conhecimento na aquisição de competências, concretamente na área da proteção de crianças e jovens em risco, considerámos pertinente a frequência da conferência “O Papel das Entidades de Primeira Linha no Sistema de Promoção e Proteção de Crianças e Jovens” (**Anexo I**), onde foram abordados:

- a Convenção sobre os Direitos da Criança, sendo que a mesma assenta em quatro pilares: a não discriminação, o superior interesse da criança, a sobrevivência e desenvolvimento e a opinião da criança,
- o Enquadramento do Sistema de Promoção e Proteção,
- as entidades com competência em matéria de infância e juventude.

A participação nesta conferência possibilitou a análise e compreensão do papel das entidades de primeira linha no sistema de promoção e proteção de crianças e jovens e a reflexão da importância do papel dos profissionais de saúde, concretamente os enfermeiros, essenciais na avaliação de comportamentos parentais.

Ao assistir “a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”, no âmbito da promoção e proteção de crianças e jovens em risco, compete ao EEESIP implementar e gerir, “em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”, utilizar “a informação existente ou avaliar a estrutura e o contexto do sistema familiar”, estabelecer e manter “redes de recursos comunitários de suporte à criança/ jovem e família com necessidades de cuidados”, identificar “evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico”, identificar “situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco)”, sensibilizar “pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e

prevenção”, e assistir “a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos” (OE, 2018, p. 19192-19193).

Consideramos, assim, que aos profissionais de saúde compete estar despertos para os sinais de alerta, concretamente o EEESIP, dado que a notificação de situações de maus-tratos ser obrigatória por lei, estes, sendo detentores do conhecimento e competências específicas, possuem capacidade para diagnosticar, intervir e promover medidas preventivas.

Cantinho da Amamentação

De forma a promover a manutenção do processo de aleitamento materno após a alta hospitalar, a Direção Geral da Saúde coordenou o início da criação dos “Cantinhos da Amamentação”. Integrado no programa de Saúde Infantil, a UCC desenvolve o projeto Cantinho da Amamentação, sob responsabilidade da EEESIP que nos orientou neste estágio.

O principal objetivo do Cantinho é proporcionar às grávidas, mães e suas famílias apoio distinto, para que cada mulher concretize o seu projecto de amamentar (Gato, 2018).

São, assim, objetivos deste Cantinho da Amamentação:

- “Apoiar e aconselhar mães que amamentam, de forma a garantir a vivência da amamentação segura e saudável, promovendo uma parentalidade responsável e gratificante, aumentando assim a taxa de aleitamento materno (AM) entre as utentes que residem no concelho de [REDACTED];
- Providenciar um local adequado e acolhedor que favoreça o apoio e promoção do AM;
- Informar todas as grávidas e famílias sobre as vantagens do AM;
- Apoiar as mães no estabelecimento do AM exclusivo até aos 6 meses de vida do bebé;
- Encorajar o AM após os 6 meses de vida do bebé até aos 2 anos ou mais, conjuntamente com a introdução da alimentação complementar apropriada e segura;
- Esclarecer dúvidas relacionadas com o AM;

- Prevenir problemas potenciais relacionados com a amamentação;
- Detetar e cuidar os problemas já estabelecidos;
- Promover a colaboração entre a equipa de saúde, grupos de apoio ao AM e a comunidade local” (Gato, 2018, p.7).

O Cantinho da Amamentação funciona com uma equipa multidisciplinar de cinco Conselheiras em Aleitamento Materno (CAM) e os horários de atendimento são ajustados de forma a dar resposta às solicitações e manter a articulação com as atividades no âmbito da Saúde Infantil da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP). Os horários de atendimento e contatos telefónicos são divulgados através de folhetos e cartaz afixado na receção do CS.

No Cantinho da Amamentação realizam-se atendimentos presenciais, incluindo visitas domiciliárias, de forma a dar resposta adequada e personalizada às necessidades das mães/famílias. Nestes apoios implementam-se diferentes intervenções, sendo as mais frequentes:

- “Incentivar a continuar leite materno exclusivo;
- Disponibilizar o contacto do cantinho para eventuais dúvidas/dificuldades;
- Incentivar a continuar leite materno (LM);
- Incentivar a colocar o recém-nascido em todas as mamadas à mama;
- Diminuir o intervalo entre as mamadas;
- Estratégia para aumentar a produção de leite;
- Vantagens do LM;
- Incentivar a tentar novamente a amamentação (dar exemplo de relactação);
- Observação de pega;
- Estratégias para a correção da pega;
- Elogiar a mãe;
- Aconselhar a substituir suplemento de leite adaptado (LA) por LM;
- Cuidados com as mamas e os mamilos;
- Estratégias para extrair o leite (manualmente ou com bomba)” (Gato,2018, p.10-11).

Nestes atendimentos, foi objetivo dos profissionais envolvidos, desenvolver a confiança das mães, respeitando a sua vontade e o seu projeto de amamentação.

Na persecução dos objetivos do Cantinho da Amamentação é efetuado acompanhamento das famílias por contatos telefónicos programados, de modo a expandir as competências parentais e a antecipar a resolução de problemas decorrentes na amamentação. Os contatos telefónicos são realizados conforme uma Norma de Contatos Telefónicos do Cantinho da Amamentação, de forma a uniformizar e manter registo dos procedimentos. Estes contatos são realizados em idades chave, na primeira, terceira e sexta semanas de vida, até aos 12 meses, com temáticas previamente estabelecidas na norma, como ganho ponderal do bebé, problemas decorrentes da amamentação, o regresso da mãe ao trabalho, o início da diversificação alimentar, o incentivo à continuidade do AM até aos 2 anos.

Os dados importantes de todos os recém-nascidos inscritos, assim como, os registos dos contatos telefónicos programados e atendimentos presenciais são inscritos em base de dados em Excel® e a Enf.^a Responsável do Cantinho da Amamentação efetua ainda os registos no aplicativo informático em vigor no CS (SCLínico®). Foi-nos possível, durante esta experiência formativa, observar a realização de alguns contatos telefónicos e o seu registo.

A existência do espaço físico do Cantinho de Amamentação na UCC possibilita o apoio/aconselhamento às mães/famílias durante o período do aleitamento materno (AM) e onde, simultaneamente, é possível amamentar em privacidade, em espaço confortável e adequado.

Observámos e colaborámos em apoio presencial no Cantinho de Amamentação, verificando a familiaridade daquela família (mãe, pai e lactente) com o espaço e com a equipa. Neste contato, foi apoiado o AM e reforçada a importância da manutenção do AM e o regresso ao trabalho.

De forma a abranger todos os recém-nascidos da área de intervenção da UCC, faz parte da estratégia do Cantinho da Amamentação, a articulação com a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), cujas assistentes técnicas fazem chegar à UCC as fichas de identificação de cada recém-nascido inscrito no CS. A parceria e referenciação de alguns casos por parte da UCSP, por médicos e

enfermeiros, reconhece-se como uma mais-valia, permitindo um trabalho de parceria no acompanhamento de cada bebé/família (Gato, 2018).

No trabalho desenvolvido pelo Cantinho da Amamentação, realizam-se reuniões entre as CAM para decidir estratégias de intervenção, discutir casos e partilhar experiências. Estas reuniões revelam-se de extrema importância para o enriquecimento da equipa, bem como para a melhoria da qualidade das intervenções de apoio junto das mães/famílias. No decorrer do estágio, foi-nos possível assistir e participar ativamente numa das reuniões, partilhando alguns casos a que assistimos durante o estágio e a nossa experiência como CAM.

Como outra atividade, o Cantinho da Amamentação colabora com ações de educação no âmbito do Programa de Saúde Escolar, em conformidade com o ACES Alentejo Central, que propôs a integração de ação de educação para a saúde, para o 3.º ciclo, mais especificamente o 9.º ano, sobre aleitamento materno, em complementaridade com os conteúdos programáticos lecionados na disciplina de Ciências Naturais (Gato, 2018).

No âmbito formativo, o Cantinho da Amamentação realiza workshops destinados a grávidas, puérperas e comunidade com interesse na temática do aleitamento materno.

De modo a dar visibilidade à temática do AM, no Cantinho da Amamentação da UCC, assinalam-se a Semana Mundial do Aleitamento Materno, em agosto e na quadragésima semana do ano.

Na reunião em que participámos foram definidas intervenções para assinalar a comemoração da Semana Mundial do AM em Portugal, sendo definida e planeada a realização de um workshop intitulado «1.º Encontro de Mães e Grávidas do Cantinho de Amamentação», realizado a 8/10/2019, com objetivo geral de promover o AM e cujos objetivos específicos foram:

- Incentivar a troca de experiências entre mães e grávidas sobre a maternidade e aleitamento materno;
- Desmistificar ideias e conceitos sobre o aleitamento materno;
- Incentivar a literacia sobre o aleitamento materno desde a infância.

Este encontro deteve como conteúdos:

- Apresentação da temática e objetivos do Encontro;
- Jogo Palavras – troca de ideias a partir de palavras-chave como chupeta;
- Apresentação sucinta do Projeto Histórias para Crescer em Amor e Saúde e distribuição de folhetos;
- Apresentação do livro: «Amar em Estado Líquido» do Projeto Histórias para Crescer em Amor e Saúde;
- Esclarecimento de dúvidas e debate sobre a temática Aleitamento Materno.

O 1.º Encontro de Mães e Grávidas do Cantinho de Amamentação revelou-se um profícuo momento de partilha de saberes e de experiências, contando com 11 participantes, 10 mães e 1 pai, que o avaliaram, bem como o nosso projeto (**Apêndice I**).

O projeto Histórias para Crescer em Amor e Saúde, em relação à qualidade, foi avaliado por 9 participantes, como excelente e como muito bom por 2 participantes. Relativamente à pertinência do projeto, este foi avaliado como necessário por 10 participantes e razoavelmente necessário por 1 participante.

Já a história «Amar em Estado Líquido», foi avaliada por 8 participantes como excelente e 3 participantes avaliaram-na como muito boa.

Como forma de divulgar o nosso projeto de intervenção em saúde, bem como o trabalho desenvolvido pelo Cantinho da Amamentação da UCC, deixámos um televisor¹ na sala de espera da consulta de saúde infantil, no qual passará um vídeo com a nossa história e informações do cantinho; além de cartazes e folhetos do projeto.

Consideramos, e experienciámos, que a prática do aconselhamento em AM ultrapassa o domínio da fisiologia da lactação, que envolve formação específica e alargada, baseada na evidência, promovida numa intervenção qualificada, de forma a desenvolver as competências parentais e o *empowerment* da família e da sociedade.

O apoio de profissionais de saúde competentes e disponíveis, presencialmente, através de consulta telefónica ou até mesmo visita domiciliária, é fundamental para

¹ Agradecemos à empresa S2R pela oferta deste televisor.

o sucesso do AM, para, deste modo, potencializar todos os ganhos em saúde que daí advêm, para o bebé, mãe, comunidade e ambiente.

A promoção do aleitamento materno é inerente às competências da EEESIP (OE, 2018), pois este “maximiza o bem-estar da criança e garante processos de cuidados promotores das suas capacidades de autocuidados”, pela promoção da vinculação com “a implementação de intervenções que contribuam para a promoção da amamentação” (OE, 2017, p. 8), “tendo em conta intervenções ao nível dos seguintes domínios de atuação: envolvimento; participação e parceria de cuidados; capacitação; negociação de cuidados ” (OE, 2017, p. 4).

Intervenção Precoce

Fox, Levitt e Nelson identificaram que “os primeiros três anos de vida de uma criança constituem um período de sensibilidade excecional às influências ambientais – período ‘crítico ou sensível’ – verdadeira janela de oportunidade para aprender, com um papel determinante na modelagem da estrutura e função do cérebro” (citado por Associação Nacional de Intervenção Precoce [ANIP], 2016). Assim, segundo Gronita, “na altura do nascimento, as situações de risco ou deficiência deverão ser imediatamente sinalizadas para os serviços de intervenção precoce na infância (IPI), mesmo não existindo ainda um diagnóstico definitivo ou estando a sua confirmação dependente de exames complementares de diagnóstico, pois, (...), os momentos em que a família se confronta, pela primeira vez, quer com a possibilidade de um problema, quer com a confirmação de um diagnóstico de deficiência, são vividos com enorme ansiedade” (Gronita et al, 2011, p.32).

A IPI, foi definida por Dunst como:

“experiências e oportunidades proporcionadas às crianças com incapacidades pelos seus pais e outros prestadores de cuidados primários com o objetivo de promover a aquisição e uso pela criança de competências comportamentais para estabelecer e desenvolver as suas ações pró-sociais com pessoas e objetos” (citado por Boavida, Aguiar e McWilliam, 2018, p.9).

Neste sentido, o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), criado pelo Decreto-Lei n.º 281/2009, desenvolvido através do trabalho coordenado entre Ministérios da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, da Saúde e da Educação e da Ciência, trabalha com crianças entre os 0 e os 6 anos que apresentem “alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam a participação nas atividades típicas para a respetiva idade e contexto social ou com risco de atraso grave do desenvolvimento, bem como as suas famílias” (p. 7298, Artigo 2.º).

A IPI outorga especial importância aos contextos naturais da criança, pelo que a intervenção com a criança deverá realizar-se em locais significativos para esta, como o seu domicílio, bem como os pais e/ou cuidadores, educadores e outras pessoas significativas devem ser incluídos nos processos da IPI (ANIP, 2016).

Resumidamente, são objetivos da IPI:

- Identificar crianças/famílias com critérios de acompanhamento;
- Capacitar as famílias de forma a torná-las mais competentes e independentes no apoio às necessidades especiais dos seus filhos, de forma a atingirem os seus próprios objetivos;
- Intervir de forma centrada na família e com base nas rotinas;
- Desenvolver programas adequados às necessidades específicas de cada criança, com vista à promoção do seu desenvolvimento;
- Construir e apoiar as competências sociais da criança
- Promover o envolvimento, a autonomia e mestria da criança;
- Promover o desenvolvimento em domínios-chave;
- Promover a utilização generalizada de competências;
- Facultar e preparar experiências de vida normalizadas para as crianças e famílias;
- Prevenir a emergência de futuros problemas ou incapacidades (ANIP, 2016).

Bairrão refere que:

“importa não esquecer que a intervenção precoce é principalmente uma organização de serviços e recursos com uma dimensão pluridisciplinar. Sem estruturas de saúde bem organizadas e capazes de realizar um despiste precoce e uma monitorização de saúde das crianças, sem redes de suporte social, sem assegurar um trabalho com as famílias, sem uma rede de apoio na comunidade e sem um sistema educativo capaz de intervir eficazmente de uma forma muito flexível e diferenciado, a IP permanecerá ‘letra morta’ (citado por ANIP, 2016, p.25).

Ferreira relata que: “a IPI implica a pluralidade de saberes, formações e intervenções, sendo a equipa, que atua no sentido de responder às necessidades da família, caracterizada por profissionais de diferentes áreas disciplinares, com formação específica no seu domínio e que atuam coordenadamente” (2017, p.14).

Assim, as equipas locais de intervenção (ELI) são “constituídas por profissionais de diferentes valências que, articulando entre si os conhecimentos que detêm, são capazes de prestar apoio às famílias” (Ferreira, 2017, p.14). As equipas que funcionam de acordo com o modelo transdisciplinar, alicerçam a sua prática na integração de conhecimentos e estratégias além da sua área disciplinar, na responsabilização de todos os envolvidos na tomada de decisão e avaliação de resultados e no dinamismo da equipa; sendo essencial que exista colaboração entre os membros da equipa, que a comunicação e a interação sejam padronizados, para que a prestação de apoio seja eficaz e abrangente (Ferreira, 2017).

Relativamente às atividades descritas no Programa de Ação da UCC, as atividades desenvolvidas pela EEESIP, dentro da equipa da IP, compreendem a visita domiciliária para avaliação e acompanhamento da criança e família e a participação nas reuniões da ELI.

A população-alvo da ELI são crianças entre os 0 – 6 anos de idade e respetivas famílias da área de abrangência da UCC.

Nesta experiência formativa, foi-nos possível, em contexto da IPI, participar em reunião da ELI. Esta equipa rege-se pelo modelo transdisciplinar, onde os profissionais de diferentes valências, assim como a família, articulam entre si os conhecimentos que detêm.

Na reunião foram-nos recordados quais os critérios de elegibilidade para apoio no âmbito do SNIPI, compreendendo crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 6 anos e respetivas famílias, que compreendam condições como “alterações nas funções ou estruturas do corpo” ou que apresentem “risco grave de atraso de desenvolvimento”, sendo que são elegíveis todas as crianças que apresentem “alterações nas funções ou estruturas do corpo” e as crianças que reúnam quatro ou mais fatores de risco biológico e/ou ambiental (Decreto-Lei n.º 281/2009).

Foi-nos explicado que para cada criança é elaborado o Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP) e que o mesmo é organizado de acordo com a avaliação da criança no seu contexto familiar, identificando os recursos e necessidades da criança e da família e definindo as medidas e ações a desenvolver, identificando os apoios a prestar, incluindo a elaboração de processos de transição ou de complementaridade entre serviços e instituições (Decreto-Lei n.º 281/2009).

Nesta reunião, definiram-se medidas e ações a desenvolver em relação a crianças acompanhadas pela ELI e percebeu-se a transdisciplinaridade

Um dos objetivos do SNIPI é “envolver a comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social” (Decreto-Lei n.º 281/2009, p.7299), pelo que nesta reunião foi definido no plano de ação, formações no CS e nas escolas, bem como atividades na comunidade sobre os direitos da família.

Esta experiência formativa permitiu-nos perceber o funcionamento e dinâmica da ELI e verificar como se opera dentro do modelo da transdisciplinaridade, onde há complementaridade de saberes e experiências, onde a equipa, sem esquecer a especificidade de cada grupo profissional, bem como a especificidade de cada família, trabalha multidisciplinarmente, para melhor responder às necessidades da criança.

Numa articulação das equipas locais de intervenção, foi desenvolvido e operacionalizado o projeto Rastreio do Desenvolvimento, que pretende estender a avaliação do desenvolvimento a todas as crianças das freguesias. É feita divulgação do rastreio do desenvolvimento infantil no CS. Este projeto está aberto a toda a população infantil, abrangendo crianças nascidas a partir de 1 de janeiro de 2013 e todos os pais se poderão inscrever, mediante preenchimento de uma ficha de referênciação.

O Rastreio do Desenvolvimento Infantil, consiste na avaliação através da Escala de Avaliação de Competências no Desenvolvimento Infantil (*Schedule of Growing Skills II*), que engloba todas as áreas do desenvolvimento infantil e permite perceber eventuais alterações,

“é um método preciso e exato de rastreio do desenvolvimento da criança, do nascimento aos 5 anos, que permite comparar a criança com o padrão e em diferentes tempos; estabelecer se há atraso ou

não de desenvolvimento; fornecer indicadores da natureza do problema da criança e indicar as áreas fortes e as áreas fracas da criança” (OE, 2010, p.2).

A escala “é identificada na literatura mundial pela sua alta sensibilidade e especificidade, sendo um teste de aplicação rápida, de fácil visualização através de uma síntese gráfica do desenvolvimento, preciso e fiável” (OE, 2010, p.3), permitindo a avaliação de nove áreas de desenvolvimento psicomotor, nos seus vários domínios, motor, linguagem, autonomia, interação social, visual.

A aplicação desta escala pode ser feita por todos os profissionais que se ocupam do desenvolvimento infantil, permitindo fazer um rastreio rápido e eficaz do desenvolvimento da criança. O rastreio é realizado no local mais facilitador para a família e para a equipa, usualmente no CS, domicílio ou no infantário.

Com a Enfermeira Orientadora, refletimos a utilidade e pertinência do projeto, sendo que, consideramos que ao abranger todas as crianças, com aplicação deste rastreio será possível detetar precocemente alterações do desenvolvimento infantil.

Apesar de estar previsto que aos profissionais de saúde compete a sinalização, qualquer indivíduo ou entidade pode referenciar uma criança para IPI através da ELI da sua área de residência. Porém, “frequentemente, os médicos de família, os pediatras ou as enfermeiras são os primeiros profissionais a ouvir preocupações das famílias” (Gronita et al, 2011, p.19).

Estabelece o art.º 5 do Decreto-Lei n.º 281/2009 que a equipa de IPI deve ser integrada por “profissionais de saúde com qualificação adequada às necessidades de cada criança” (p. 7299), daqui, e da experiência formativa em contexto de estágio, sobressai a mais-valia da integração destas equipas por EEESIP que, ao estabelecer com a criança/jovem e família “uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde” (OE, 2018, p.19192), intervém de forma centrada na família como é outorgado em IPI, apoiando-a pela promoção das suas capacidades e competências.

Neste contexto, as competências do EEESIP são essências, pois o EEESIP “estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/ jovem

e família com necessidades de cuidados”, “apoia a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais e “trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde” (OE, 2018, p.19193). Além do que, com as suas competências “gere o processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce”, “promove a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada”, “adequa o suporte familiar e comunitário” e “referencia crianças/jovens com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados de especialidade, se necessário” (OE, 2018, p.19194).

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

No âmbito dos cuidados de saúde primários, o papel do EEESIP, é de fulcral valor, não se esgotando na vertente da UCC, daí ser do nosso interesse, para enriquecimento formativo, observar e participar nas consultas de saúde infantojuvenil e na vacinação. Assim, com a concordância da enfermeira orientadora e da enfermeira-chefe da UCSP, acompanhámos os enfermeiros especialistas nestas valências.

A UCSP tem como objetivo “contribuir para a melhoria da saúde da população através de atividades de promoção da saúde e de prevenção da doença atendendo aos quatro níveis de prevenção. Tal só é possível se conhecermos o potencial individual/familiar ao longo do ciclo de vida, em cada momento e contexto” (Gonçalves, 2015, p.2).

Apesar de não ter protocolos formalizados, esta equipa trabalha numa relação de proximidade e articulação com a equipa da UCC e com as instituições da comunidade sempre que se considera necessário e vantajoso para os utentes/famílias do nosso concelho.

Uma das áreas de intervenção é a da Saúde Infantil e Juvenil, “na qual são desenvolvidas atividades, nomeadamente, de promoção e vigilância de saúde e prevenção da doença que visam a obtenção contínua de ganhos em saúde nesta

população”, onde “a valorização dos cuidados antecipatórios e a vacinação são recursos indispensáveis” (Gonçalves, 2015, p.3).

As consultas de vigilância cumprem uma periodicidade e um número de consultas, conforme o Programa de Intervenção em Saúde Infantil e Juvenil da DGS, contudo estes aspetos não são rígidos, estando dependentes das necessidades específicas de cada criança e adolescente. Obedecem a um padrão pré definido de itens de avaliação, compreendendo um olhar crítico sob a criança na detecção precoce de sinais de alarme, assim como se constituem como momentos de partilha de conhecimento e de esclarecimento de dúvidas aos pais. As ações de vigilância de saúde infantil e juvenil, ao serem realizadas de forma estruturada, contribuem de forma positiva, para a avaliação de múltiplos aspetos de caráter biológico, físico, social e ecológico da criança.

Nesta experiência formativa, observámos e colaborámos em seis consultas de saúde infantil e juvenil, duas consultas no primeiro mês de vida, duas consultas a lactentes, uma a pré-adolescente e outra a uma adolescente.

No decorrer das consultas, desenvolvemos as seguintes atividades:

- avaliação dos cuidados antecipatórios, de acordo com a fase de desenvolvimento e crescimento em que a criança se encontra;
- avaliação antropométrica das crianças consultadas, com avaliação do peso, comprimento, perímetro cefálico e índice de massa corporal;
- realização de educação para a saúde sobre a promoção da saúde introdução de novos alimentos, aleitamento materno, higiene oral e adoção de hábitos de vida saudáveis (entre as quais adoção de medidas de segurança para a prevenção de acidentes), prevenção de doenças, bem como, a promoção de hábitos de leitura;
- utilização de estratégias de comunicação com a criança/jovem e família, conforme a sua idade, desenvolvimento e cultura;
- avaliação do desenvolvimento físico e cognitivo da criança nas diferentes etapas, utilizando a Escala de *Mary Sheridan*;
- deteção precoce de situações de risco para a saúde da criança, com educação para a saúde aos pais sobre os sinais de alarme;
- avaliação do risco familiar,

- realização de registos no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ) e no registo informático em Sclínco®. O fato de estar padronizado as intervenções a avaliar em cada consulta, no sistema informático, traduzem-se como uma mais-valia, sendo fio condutor para os profissionais.

Segundo a enfermeira que nos orientou, há parâmetros que têm recebido pouca relevância no registo, como a avaliação do risco familiar. Contudo argumentámos a utilidade e a mais-valia destes registos e realizámos a sua avaliação durante esta experiência.

Todas estas atividades foram desenvolvidas segundo a etapa etária da criança presente na consulta, com a parceria dos pais.

A adolescência é um período do ciclo de vida pautado por uma panóplia de alterações e transformações quer físicas, cognitivas, sociais e emocionais. Estas aquisições irão facultar ao jovem a adaptação à nova realidade do mundo adulto e tornar-se num adulto responsável, autónomo, capaz de tomar decisões, desenvolver afetos e integrar-se na sociedade (OE, 2010). O processo de edificação de uma identidade, indispensável no adolescente, ocorre a par do desenvolvimento da sua auto-estima e autoconfiança, de modo a colmatar as necessidades de estima, afeto e reconhecimento, geradoras de uma auto-aceitação e de um sentimento de competência (Phaneuf, 2005).

A especificidade das necessidades e dos problemas de saúde dos jovens advém não de patologias, mas da repercussão da adoção de comportamentos de risco. A motivação para adotar, ou mudar comportamentos não saudáveis, depende de muitos fatores, nomeadamente a autoconfiança (OE, 2010), pelo que, na consulta com adolescentes procurou-se a promoção da auto-estima e da sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde, num ambiente assente em confiança e garantido total sigilo, na qual, por sua vontade estiveram presentes os pais. Estas consultas revelaram-se como oportunos momentos informais de educação para a saúde, onde foram abordadas a sexualidade e planeamento familiar, consumos nocivos de substâncias, a socialização, grupos de pertença, influência do grupo de amigos e integração no mesmo, abordámos o *bullying* e *cyberbullying*, assim como os outros cuidados antecipatórios.

Nestas consultas foram treinadas competências de EEESIP, nomeadamente na importância de trabalhar com o jovem e família, de modo a facilitar a adoção de comportamentos potenciadores de saúde.

Em relação à vacinação, esta tem por base o PNV que permite vacinar toda a população gratuitamente e prevenir doenças ou a gravidade destas independentemente da etnia, idade, religião, género, estatuto social ou rendimentos familiares. É uma forma de proteger a saúde da população uma vez que permite imunizar quem é vacinado evitando a propagação de doenças. A execução deste programa possibilitou diminuir a mortalidade infantil e os casos de paralisia cerebral, permitindo a erradicação de algumas doenças e de outras que se encontram quase erradicadas dado o seu decréscimo de casos ao longo das últimas décadas (DGS, 2016).

De acordo com a DGS “todas as oportunidades de vacinação devem ser aproveitadas para completar ou atualizar o esquema vacinal” (DGS, 2016, p.18). Na UCSP o horário da vacinação difere do horário das consultas de saúde infanto-juvenil, contudo nestas consultas é sempre verificado o cumprimento do plano nacional de vacinação (PNV) e se necessário faz-se atualização do mesmo.

Observar e colaborar no módulo vacinação, revestiu-se de um profícuo momento de aprendizagem, no qual tivemos oportunidade de experienciar:

- analisar o PNV com os enfermeiros que acompanhámos, refletindo sobre a indicação terapêutica das vacinas, precauções, dose e via de administração, local de administração, compatibilidade e contra indicações das vacinas;
- motivar e incentivar os pais ao cumprimento do PNV;
- administração de vacinas;
- esclarecer dúvidas aos pais relativas à vacinação e PNV;
- informar os pais sobre as possíveis reações adversas das vacinas, sobre medidas de conforto a aplicar em casa, como gelo local e eventual necessidade de administração de analgésico,
- informar os pais da necessidade de permanecerem no serviço por trinta minutos para despiste de eventuais reações anafiláticas,

- aplicar intervenções não farmacológicas para alívio e controlo da dor durante e administração das vacinas, como: posicionamento adequado da criança, contacto físico dos pais, a sucção não nutritiva, a distração (OE, 2013),

- registar no sistema informático e no boletim de vacinas a administração da ou das vacinas e marcação da próxima administração.

Ainda no contexto de UCSP, no seguimento do nosso projeto de intervenção em saúde, com os objetivos gerais de promover a literacia e leitura partilhada e promover a literacia em saúde numa vertente lúdico-pedagógica com envolvimento familiar, considerámo-lo importante promover o programa Ler+ dá Saúde.

O Programa Ler+ dá Saúde tem como propósito promover a literacia e a saúde dos mais jovens, desenvolve-se no âmbito do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) em articulação com o Plano de Ação Para a Literacia em Saúde 2019-2021, consistindo em aconselhar a leitura partilhada, "leitura em família, aos pais/mães/cuidadores das crianças entre os 0 e os 6 anos de idade (...) no âmbito das consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil" (DGS, 2019b).

Dado não ter sido realizado em contexto de UCSP, e deste projeto ser dirigido apenas a Unidades de Saúde Familiares e UCSP, não nos foi possível dinamizá-lo, contudo, foi dado conhecimento do programa à coordenadora do serviço, orientadora de estágio e enfermeira responsável da UCSP.

A aquisição de conhecimentos é de extrema importância no desenvolvimento das competências profissionais, pelo que, frequentámos, durante este estágio, a teleformação, promovida pela Unidade de Telessaúde do Hospital de [REDACTED], designada: Saúde Infantil nos primeiros anos de vida (**Anexo II**²), onde foram abordadas as temáticas: enurese, perturbações do sono na idade pediátrica, terapêutica inalatória: dispositivos e técnicas.

Da experiência formativa, no contexto de UCSP, inferimos que o EEESIP se assume como promotor, por excelência, do crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente, especialmente, porque este acompanha o crescimento e desenvolvimento da criança/adolescente em contexto das consultas de saúde

² Anexa-se a ficha de inscrição da teleformação pois, apesar de várias tentativas de contato, via e-mail e telefónica, não obtivemos qualquer resposta à solicitação de envio do certificado por parte da Unidade de Telessaúde do Hospital de [REDACTED].

infanto-juvenil, conhecendo a criança/adolescente, os seus estilos de vida, juntamente com os pais no exercício da parentalidade, assim como, pelo conhecimento da necessidade de adequar a comunicação à criança e aos seus pais/cuidadores.

Foi-nos assim, possível, identificar que o papel do EEESIP a nível dos cuidados de saúde primários, no seio da equipa multidisciplinar, é extremamente importante, além de dinâmico e empreendedor, com base em uma visão holística dos cuidados à criança/adolescente e família no seu contexto comunitário.

Os cuidados de saúde primários são profícuos para o desenvolvimento das competências de EEESIP, erigindo com o binómio criança/família uma “parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade”, apropriando os recursos na prestação de cuidados a cada situação específica e respondendo “às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” de forma eficaz, “promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude” (OE, 2018, p. 19192, 19194).

O ensino clínico constituiu-se como um método dinâmico de aprendizagens e aquisição de conhecimentos, com aperfeiçoamento de competências no âmbito da especialização em saúde infantil e pediátrica, no qual foi possível desenvolver o projeto de intervenção em saúde desenhado.

2.2.2. Serviço de Urgência Pediátrica

No contexto clínico de Urgência Pediátrica, foi nosso intuito apreender a dinâmica e funcionamento neste âmbito assistencial e participar e cooperar na prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem em situações de especial complexidade.

O objetivo geral definido para este campo de estágio foi:

- Adquirir conhecimentos, competências e atitudes apropriadas à intervenção específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica em contexto de Urgência Pediátrica.

O serviço de urgência tem por objetivo o acolhimento, diagnóstico e tratamento de doentes acidentados ou com doenças súbitas que careçam de atendimento imediato em meio hospitalar (ACSS, 2015), por sua vez os serviços de urgência pediátrica (SUP) asseveram uma resposta pronta e adequada a episódios de doença aguda aos utentes em idade pediátrica.

O SUP onde realizámos o segundo estágio, funciona de forma integrada e complementar com todos os serviços de um Centro Hospitalar no Ribatejo e tem como missão a do Serviço de Pediatria da Unidade Hospitalar, a prestação de cuidados de saúde gerais e diferenciados à população infanto-juvenil da sua área de influência, numa perspetiva de atendimento global das necessidades das crianças e adolescentes (CH■■■, 2014).

Este SUP funciona 24 horas por dia, 365 dias por ano, tendo como missão: “prestar cuidados de saúde hospitalares de pediatria, no respeito pela dignidade do utente pediátrico (criança/pais) e utilizando de forma eficiente os recursos disponíveis, formar profissionais de elevada qualidade e desenvolver investigação em saúde” (CH■■■, 2014, p.1) e acolhe todas as crianças e jovens dos 0 aos 18 anos com qualquer tipo de patologia médica e grau de gravidade e as patologias da área cirúrgica são atendidos noutra Unidade.

Assim, são objetivos do SUP, “responder a situações de urgência/emergência infantil, a situações de doença aguda ou fase de agudização do utente crónico infantil e ainda as utentes referenciados pelos Centros de Saúde e/ou outras instituições de saúde e/ou solicitações de outras instituições que lidam com a criança” (CH■■■, 2014, p.1).

O SUP é um dos núcleos do Serviço de Pediatria e situa-se no Piso 1, “possui uma estrutura física específica, organizada por áreas funcionais onde diversos grupos profissionais desempenham funções e interagem entre si, com vista a prestarem cuidados de saúde de qualidade” (CH■■■, 2016, p.5).

A entrada principal ao SUP é comum à entrada da Urgência Geral, onde é feita a inscrição da criança/jovem e posteriormente encaminhada à sala de espera até ser acolhida na sala de triagem.

A SUP é constituída por:

- 1 pequeno gabinete de enfermagem para Triagem de Manchester,
- 1 sala de espera,
- 1 gabinete para médico de triagem,
- 1 gabinete para médico pediatra,
- 1 cantinho da amamentação,
- 3 casas de banho,
- 1 sala de nebulizações,
- 1 sala de tratamentos,
- 1 pequeno vestíbulo para macas e cadeiras de rodas,
- 2 gabinetes em tempo parcial e rotativo com consulta de pediatria,
- 2 unidades de internamento de curta duração;
- 1 copa;
- 1 zona de sujos.

Em relação à Sala de Emergência, esta sala é partilhada com o Serviço de Urgência Geral mas dispõe de dispositivos adequados ao atendimento à criança gravemente doente, nomeadamente carro de emergência devidamente apetrechado.

No corredor, entre a sala de tratamentos e outras salas, existem macas onde permanecem as crianças como necessidade de maior vigilância.

O SUP é composto por uma equipa de recursos humanos multidisciplinar, constituída por médicos pediatras, médicos internos de especialidade, médicos de medicina geral e familiar, enfermeiros especialistas, enfermeiros e assistentes operacionais (CH², 2010).

Relativamente à equipa de enfermagem, esta pertence ao serviço de Pediatria e vai rotativamente alternando turnos no serviço de internamento, com turnos no SUP.

Como referimos, o trajeto da criança/jovem e família inicia-se no junto do Serviço Administrativo que é comum ao Serviço de Urgência Geral, onde a criança/jovem é inscrita. Após a inscrição, é encaminhada à sala de espera do SUP e aguarda, junto com os pais/cuidadores, chamada ao gabinete de triagem.

No gabinete de triagem, de acordo com a instrução de trabalho – atividades a desenvolver por área funcional na urgência pediátrica, ao enfermeiro triador compete:

- “acolher a criança/jovem/família, identificando os dados necessários para triagem de prioridades;
- garantir a privacidade no atendimento;
- recolher as informações pertinentes acerca da criança/jovem, fornecidas pelo próprio, familiares, bombeiros ou outros;
- executar a triagem de prioridades, selecionando o fluxograma e discriminador adequados às queixas e sinais objetivos da criança/jovem;
- identificar a criança/jovem com pulseira/etiqueta;
- identificar com etiqueta o acompanhante que reúne requisitos para permanecer junto da criança/jovem;
- explicar à criança/jovem/família qual a prioridade atribuída;
- encaminhar ou fornecer orientações ao assistente operacional para que a criança/jovem/família sejam conduzidos ao local de espera para atendimento médico;
- informar, sempre que necessário, o enfermeiro da Sala de Tratamentos da necessidade de reforçar a vigilância da criança/jovem em que a situação é suscetível de se agravar;
- efetuar a retriagem sempre que se verificar agravamento das crianças/jovem;
- acolher a criança/jovem proveniente de outra unidade do serviço de urgência do CHMT, efetuando a retriagem na aplicação informática;
- efetuar triagens manuais sempre que ocorram falhas no sistema informático;
- coordenar a transferência de crianças/jovens politraumatizados e garantir as condições de segurança para a sua deslocação ao serviço de Imagiologia;
- colaborar na informação sobre o tempo de espera e fornecer o apoio necessário à criança/jovem/família.” (CHMT, 2016, p.8)

O modelo de triagem empregado é a triagem de Manchester que “tem como objetivo definir o nível de prioridade, a identificação de critérios de gravidade de uma forma objetiva e sistematizada, indicando a prioridade clínica” e que “em idade pediátrica deve ter em conta a especificidade da criança, independentemente do nível de urgência em que seja praticado” (DGS, 2018a, p.9-10).

A utilização deste modelo é feito pelo sistema informático Sclínico® e permite classificar “o utente numa de 5 categorias identificadas por um número, nome, cor e tempo alvo de observação inicial (emergente = vermelho = 0 minutos; muito urgente = laranja = 10 min; urgente = amarelo = 60 min; menos urgente = verde = 120 min; não urgente = azul = 240 min)” (DGS, 2018a, p.10).

Para realizarem a triagem de Manchester, os enfermeiros deverão ser capacitados com uma formação específica sobre como aplicar este modelo. Dada a especificidade da triagem de criança e jovens, no serviço em que realizámos a nossa experiência formativa, a triagem era, sempre que possível, da competência do EEESIP. Pudemos, assim, analisar que o papel da EEESIP na triagem é essencial, na medida em que evidencia habilidade e competências para realizar, num curto espaço de tempo, uma avaliação sucinta mas holística e precisa da criança/jovem, de modo a despistar a gravidade das situações clínicas, identificar situações que poderão sofrer agravamento e averiguar situações de risco para a criança/jovem, reportando a situação e encaminhando-a para um lugar seguro e de vigilância.

Neste campo de estágio não nos foi permitida a realização de triagem, pois não somos detentores de formação específica, contudo foi-nos possível observar e colaborar, nomeadamente pela avaliação de sinais vitais, entre outras práticas, na triagem das crianças/jovens que recorreram ao SUP.

Após ser triada, a criança/jovem é encaminhada de acordo com a situação clínica, sendo que a maioria das crianças/jovens voltaram para a sala de espera, na companhia dos pais/cuidadores, aguardando chamada para atendimento clínico. Nas situações que requeriam maior vigilância, as crianças ficaram em observação na zona de macas, sempre acompanhadas, aguardando observação clínica.

Posteriormente à observação clínica, o circuito da criança/jovem pode alternar, de acordo com a sua situação clínica, entre: prestação de cuidados de enfermagem, realização de exames complementares de diagnóstico, internamento em unidade de internamento de curta duração ou no serviço de pediatria, ou alta clínica para o domicílio. Excepcionalmente a estes circuitos, verificam-se as crianças/jovens com necessidade de cuidados emergentes, entrando diretamente para a sala de emergência ou que necessitem de observação clínica especializada, no caso das especialidades médicas de ortopedia e cirurgia, sendo transferidas para outro hospital.

Em conformidade com as competências do EEESIP, este promove um ambiente privado e protetor da criança/jovem e família na invasão à sua intimidade, contribuindo para a humanização dos cuidados, assim, relativamente à prestação de cuidados de enfermagem, de forma a privilegiar a privacidade da criança/jovem, os procedimentos, como administração de fármacos, punção venosa periférica para colheitas de sangue para análises, colheitas de urina, pensos, entre outros, foram realizados em sala de tratamentos.

Nas situações de febre ou dor, após avaliação, e de acordo com protocolo de administração oral ou rectal de antipiréticos/analgésicos pela equipa de enfermagem (CH■■■, 2015), foram administrados os medicamentos e vigiado o seu efeito, bem como, se alertaram os pais para sinais e sintomas que indicassem agravamento.

As crianças/jovens que apresentavam dificuldade respiratória e necessitaram de aerossolterapia ou oxigenioterapia, foram conduzidas à sala de nebulizações para realizarem o tratamento prescrito, necessitando também de maior vigilância.

Todos os procedimentos foram, devidamente, registados no sistema informático Sclínico®.

Às crianças/jovens que necessitaram de internamento de curta duração, foi feito o acolhimento nesta sala, conforme o estágio etário, visto que neste SUP existem duas salas de internamento de curta duração, uma para crianças e outra para adolescentes. No acolhimento foram explicadas as rotinas do serviço, dado o guia de acolhimento e prestados os cuidados de acordo com a situação clínica da criança/jovem. Nestes casos, é feito o plano de cuidados no processo de enfermagem, com os focos obrigatórios da classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE®): conhecimento, digestão, eliminação, sensação, tegumentos e os que a situação clínica da criança/jovem assim o exija.

Quando há necessidade de internamento no serviço, o enfermeiro do SUP faz o contato com o serviço, inicia o processo de enfermagem, com o plano e nota e acompanha a criança/jovem e família ao serviço de destino.

Sendo que ao SUP recorrem crianças na procura de auxílio na resolução dos processos de transição saúde/doença, verificou-se que muitas das queixas que

levaram as crianças/jovens a serem atendidas no SUP não necessitavam de ser atendidas em ambiente hospitalar, em contexto de urgência. Daqui se salienta a necessidade de aumentar a literacia em saúde dos pais e até das crianças/jovens, para corrigir o uso inadequado do SUP.

De forma a aumentar a literacia em saúde, neste SUP é dada suma importância aos ensinamentos e educação para a saúde, que são reforçados pela entrega de folhetos informativos realizados pela equipa e subordinados aos seguintes temas: alimentação saudável, higiene oral, vômitos e diarreia, obstipação, cólicas no recém-nascido, dor, convulsão febril, traumatismo craniano, queimadura, infeção urinária, cuidados com o sol e escabiose.

A entrega destes folhetos possibilitou-nos avaliar “conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde”, bem como facilitar “a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem família” (OE, 2018, p.19193), pela transmissão de informação escrita e pelo reforço de ensinamentos nas áreas em que considerámos haver menos conhecimentos.

Neste sentido, e de modo, a responder aos objetivos do nosso projeto de intervenção em saúde, promover a literacia e leitura partilhada e promover a literacia em saúde numa vertente lúdico-pedagógica com envolvimento familiar, foi apresentado o mesmo à EEESIP que nos orientou em estágio, sendo unânime a necessidade de aumentar a literacia em saúde dos pais, crianças/jovem relativamente à febre, que é uma das principais causas de procura deste serviço.

Além de se procurar desmistificar medos e ideias erradas em relação à febre com a história infantil, inclui-se nesta o folheto informativo para pais e cuidadores – febre na criança/adolescente da DGS, para tal foi obtida autorização pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, após carta enviada (**Apêndice II**) ao Presidente desta entidade e de reunião com representantes da mesma e de resposta afirmativa por *e-mail* (**Anexo III**).

Para divulgar o nosso projeto «Histórias para Crescer em Amor e Saúde», foi solicitada autorização, por *e-mail* dirigido ao Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar (**Apêndice III**), para fixação de cartazes e entrega de folhetos aos pais para divulgar o site, cuja resposta foi afirmativa (**Anexo IV**).

De modo geral, a admissão num SUP constituiu-se como uma experiência emocionalmente negativa, através da exposição a um ambiente estranho e ameaçador e a experiências geradoras de medo e dor (Hockenberry & Wilson, 2014). Assim, a doença e a necessidade de recorrer a um serviço de saúde instituem uma situação de crise para a criança/família. Pelo que, nesta experiência formativa, salienta-se a importância da humanização dos cuidados de enfermagem, em que a relação e intervenção terapêutica do enfermeiro com a criança/jovem/família, é apoiada numa comunicação mais próxima com a criança/jovem e família, de modo a dar respostas, diminuir ansiedade e medos e explicar o modo de atendimento e a dinâmica do SUP, cumprindo um papel crucial na prevenção e gestão de possíveis conflitos. Neste contexto de *stress* e medo, sentido pela criança/jovem e família, ao EEESIP compete ser hábil em técnicas de comunicação eficazes e adequadas a cada criança/jovem e família, pois, conforme Phaneuf (2005) “é preciso colocarmo-nos no seu lugar, o que é próprio da empatia e compreender a sua confusão” (p. 462).

O contexto de SUP foi, deste modo, promotor do desenvolvimento de habilidades comunicacionais com a criança/jovem e família num momento de crise, pois o EEESIP “comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura, demonstrando “conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família” (OE, 2018, p.19194).

Ao longo deste estágio, assim como na nossa prática profissional, assumimos que a gestão da dor é essencial à mesma, pelo que desenvolvemos medidas farmacológicas, conforme protocolo do serviço, assim como medidas não farmacológicas de controlo da dor, conforme a competência na qual o EEESIP “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas (OE, 2018, p.19193). Assim, durante esta experiência formativa, verificámos que a avaliação da dor é sistematicamente realizada a todas as crianças/jovens e que esta avaliação foi monitorizada pela aplicação das escalas adequadas a cada criança/jovem, conforme a idade e estágio de desenvolvimento, permitindo a auto-avaliação, bem como a hetero-avaliação da intensidade da dor.

Aquando a realização de procedimentos invasivos dolorosos, foram aplicadas estratégias não farmacológicas na prevenção e controlo da dor no SUP indo ao

encontro do preconizado pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e basearam-se em:

- preparação prévia ao procedimento, facilitando a observação de um adulto a ser submetido a uma simulação do procedimento;
- reforço positivo, acordando com a criança o comportamento previsto antes do procedimento e usando o elogio verbal;
- imaginação guiada, guiando a criança a focar-se numa imagem mental ao seu gosto que abrangesse componentes visuais, auditivas, olfativas e gustativas;
- técnicas de distração, deslocando a atenção da criança, contando histórias, conversando sobre os desenhos animados preferidos e cantarolando músicas infantis, utilizando equipamentos com telemóveis com vídeos, com as ilustrações das paredes e figuras penduradas do tecto, conforme a idade e predileções da criança;
- relaxamento muscular, através do ensino de exercícios de respiração diafragmática e relaxamento ativo;
- contenção manual, utilização das mãos do profissional ou progenitor para segurar a cabeça, os braços e pernas do lactente mantendo o tronco e os membros alinhados e em flexão.
- administração de sacarose a 24% sobre a porção anterior da língua, dois minutos antes de procedimento doloroso, em latentes;
- sucção não nutritiva em lactentes, oferecendo a chupeta, como medida terapêutica;
- amamentação, colocando o lactente à mama antes, durante e após o procedimento (DGS, 2012).

Por inexistência de material didático adaptado às diversas faixas etárias, para ser utilizado aquando da execução de procedimentos dolorosos, socorremo-nos várias vezes com os objetos trazidos pelas crianças, como brinquedos, livros ou equipamento informático.

Indo ao encontro da competência “diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (OE, 2018, p.19193), foi-nos necessário, sustentando a prática em evidência científica, realizar pesquisas bibliográficas sobre certas patologias, assim como de procedimentos de emergência, tendo-se

frequentado o Curso Europeu de Suporte de Vida Pediátrico e recebido certificação em Suporte Imediato de Vida Pediátrico (**Anexo V**).

Este contexto da prática clínica pediátrica permitiu-nos prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em quase todos os ambientes do SUP, com exceção da sala de emergência, porque durante este período, não recorreram a este serviço crianças/jovens com necessidade de cuidados emergentes e na sala de triagem, porque, como já referimos, não somos detentores de formação específica em triagem de Manchester. No entanto, considerámos como mais-valia esta experiência formativa para a aquisição das competências exigidas ao EEESIP, de forma a dar repostas complexas, quer técnica, quer relacionais, bem como para adquirir “conhecimentos e habilidades para rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória” (OE, 2018, p.19193), dada a especificidade inerente à variedade de patologias e de diferentes níveis de gravidade que recorrem a este serviço, levando por isso a um leque alargado de conhecimentos e prestação de cuidados diferenciados e variados enquanto EEESIP.

Sendo competência do EEESIP, aproveitámos todas as intervenções com lactentes para promover a amamentação, usufruindo do espaço destinado para o efeito, o cantinho da amamentação da SUP.

2.2.3. Serviço de Medicina Intensiva Neonatal e Pediátrica

O Serviço de Medicina Intensiva Neonatal e Pediátrica (SMINP) do Centro Hospitalar do Algarve integra a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos (UCINP) e presta cuidados diferenciados à população neonatal e pediátrica do Algarve. A UCINP é constituída pela Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) que assiste recém-nascidos até aos 28 dias de vida, e pela Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) que assiste a criança desde os 29 dias de vida até aos 17 anos.

A unidade está dotada de equipamento de ponta e de cuidados especializados, proporcionando uma resposta mais eficaz e eficiente aos RN que nascem na região

do Algarve e a crianças em inúmeras situações urgentes/emergentes e de risco de vida. Tem por fim, essencialmente:

- “Prestar assistência ao RN de risco do foro médico-cirúrgico;
- Prestar assistência a crianças com risco médio e alto risco de saúde do foro médico-cirúrgico;
- Facilitar a observação intensiva e sistemática 24 sobre 24 horas” (UCINP, sd, p.2).

Nesta UCINP, são utilizadas técnicas muito específicas como ventilação artificial de alta frequência, CPAP (*continuous positive airway pressure*), BiBAP (*bilevel/ biphasic positive airway pressure*), a terapia com óxido nítrico, a hemodiafiltração, a avaliação de pressões invasivas, da PIC (pressão intra-craniana), alimentação parentérica e cirurgia cardíaca para encerramento de canal arterial.

Esta unidade divide-se em três áreas, a de prestação de cuidados, administrativa e área de apoio. Relativamente à área de prestação de cuidados, esta encontra-se dividida em três sectores, dois destes destinados a RN – cuidados intensivos/intermédios e à pré-saída (berçário) (UCIN) e o terceiro a crianças com idades até 17 anos (UCIP).

A complementar estas instalações existe, à entrada do serviço a Sala de Pais, onde podem repousar e onde dispõe de instalações sanitárias.

A UCINP interna, em regra, RN prematuros que necessitam de vigilância e cuidados especiais relativos à sua prematuridade, bem como RN e bebés com patologias diversas médicas e cirúrgicas; interna desde RN ao adolescente, que podem pesar de 400gr a 80Kg de peso e abrange uma grande variedade de patologias, técnicas e conhecimentos. Estas particularidades exigem um esforço importante dos profissionais e aprendizagem de técnicas muito específicas com atualização constante.

A admissão na UCIN acontece predominantemente pelo bloco de partos, serviço contíguo à UCIN. Porém, são, também, admitidos recém-nascidos provenientes do serviço de obstetria, urgência pediátrica, ou outros hospitais.

A equipa de enfermagem é constituída por 36 enfermeiros, dos quais 22 são EEESIP e aplicam o método de trabalho individual, onde cada enfermeiro fica responsável por uma até 3 crianças, sendo que todos os cuidados são prestados por só um enfermeiro durante todo o turno.

Constituem também esta equipa multidisciplinar médicos pediatras, assistentes operacionais e administrativas. Colaboram com equipa, técnicos como terapeutas da fala, audiologista, psicólogos e assistentes sociais.

Na UCINP o programa informático utilizado é o B-ICU.CARE que permite o registo e elaboração do processo de enfermagem. Este programa foi concebido especificamente para contemplar métodos e rotinas das unidades de cuidados intensivos, agregando a informação que reúne numa só aplicação, os dados obtidos de dispositivos médicos (monitores, ventiladores, bombas perfusoras), dados laboratoriais e dados clínicos registados ao longo do internamento do doente (B-Simple, 2020). Os registos no processo clínico informático B-ICU.CARE, apesar de desconhecido, não nos constituíram dificuldade por ser um programa bastante intuitivo, com um fluxo de trabalho lógico.

Na integração a este contexto de estágio, definiu-se, em concordância com a enfermeira chefe e enfermeira orientadora, o seguinte objetivo:

- Adquirir conhecimentos, competências e atitudes apropriadas à intervenção específica da EEESIP em contexto de Cuidados Intensivos Pediátricos e Neonatais.

A prestação de cuidados ao RN prematuro/criança/adolescente e família em situação de alto risco arroga-se-nos como uma necessidade formativa, daí a escolha deste serviço, pela necessidade de aquisição de conhecimentos e competências.

“Os cuidados intensivos ao RN doente e imaturo requerem conhecimento especializado e competências em várias áreas” e “os avanços nos cuidados intensivos criaram a necessidade de pessoal altamente qualificado e treinado na arte de cuidar em cuidados intensivos neonatais” (Hockenberry e Wilson, 2014, p.334). Neste sentido, acompanhámos a Enfermeira Orientadora, EEESIP, que orientou e norteou a nossa prática neste contexto, permitindo-nos adquirir conhecimentos relativos a cuidados especializados e complexos a esta população tão específica.

A prematuridade acarreta especificidades quanto à prestação de cuidados, como as necessidades respiratórias, a temperatura, o posicionamento e a evicção de manipulações desnecessárias, a alimentação, as medidas de precaução para prevenção de infeção, o ruído, o estabelecer da vinculação. Esta especificidade traduz-se, assim, na vigilância e prevenção de complicações neonatais.

A prestação de cuidados, assente no processo de enfermagem, realizou-se de forma planeada e foram avaliados os resultados das intervenções cumpridas, sempre na companhia da Enfermeira Orientadora, que nos permitiu, de forma gradual ao longo do estágio, ir ganhando autonomia nesta prestação especializada, tendo em conta, a extrema importância da concentração de cuidados, reduzindo a manipulação do RN e consequentemente os efeitos do *stress* ambiental, promovendo a tranquilidade e repouso (DGS, 2012; Hockenberry & Wilson, 2014).

A importância de agrupar os cuidados, de forma a reduzir as manipulações, é essencial, dado que os prematuros podem responder de forma negativa ao toque. Os cuidados foram prestados de forma tranquila e faseada aplicando a contenção, que diminui o *stress* comportamental durante a prestação de cuidados, como no banho, avaliação do peso ou punção; assim, como foram aplicadas a medidas que evitassem mudanças posturais, como a flexão das extremidades e alinhamento na linha média (Hockenberry & Wilson, 2014).

De acordo com Silva (2017),

“os bebés que nascem prematuros são, dos utentes internados no hospital, aqueles que apresentam maior vulnerabilidade e intercorrências relacionadas com o internamento. Em vez do útero materno e da sua capacidade protetora e reguladora, o bebé prematuro tem que sobreviver num ambiente demasiado e inapropriadamente estimulante, desconfortável e por vezes caótico com poucas oportunidades para experiências positivas e cuja capacidade de proteção e filtragem de um organismo muito sensível, permeável e com pouca habilidade de integração saudável de estímulos, é muito reduzida. Por outro lado também a sua capacidade de manter a estabilidade fisiológica é reduzida e sobretudo afetada pelos efeitos stressantes do ambiente hospitalar” (p.144).

Assim, a UCIN é acreditada pelo Programa de Cuidados Centrados no Desenvolvimento NIDCAP® (*Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*). Este programa individualizado de avaliação e cuidados centrados no

desenvolvimento do RN, evidencia a personalização dos cuidados, de modo a diminuir o impacto negativo do ambiente da UCIN e as suas consequências no desenvolvimento do prematuro.

Conforme Als (2004), o objetivo do NIDCAP é evitar cargas sensoriais e dor inesperadas, dando especial relevo aos aspetos positivos e às competências do RN, pelo que, na abordagem ao RN prematuro se deve partir de uma primeira leitura pormenorizada dos seus sinais comportamentais.

Os princípios chave do NIDCAP são: a avaliação do RN, coordenação de cuidados, meio ambiente tranquilo, consistência no cuidar/cuidados colaborativos, agrupamento de cuidados estruturados nas 24 horas, posicionamento adequado, oportunidades para contato pele-a-pele, suporte individualizado para a alimentação e conforto para a família (Santos, 2011).

A UCIN encontra-se adaptada, quer a nível do ambiente, quer a nível dos cuidados, de forma a destacar os pontos positivos de cada RN e a sua auto-regulação, sendo que as incubadoras estão cobertas, com o objetivo de reduzir a intensidade da luz e dos ruídos, a luminosidade é suave, o ruído controlado e baixo. São ainda, “oferecidas experiências sensoriais positivas como o cheiro da mãe, do leite materno, o sabor do leite materno, o som da voz dos pais e do coração, desde o primeiro dia e logo que possível, como forma de dar sentido ao novo mundo deste bebé” (Silva, 2017, p.145).

Segundo Silva, na UCIN:

“O treino e formação da equipa fizeram-se a par das mudanças ambientais e organizacionais introduzidas de forma a proporcionar um ambiente mais calmo e tranquilo, defendendo o sono, o repouso e a permanência dos pais; os profissionais do serviço trabalham em sintonia com o mesmo objetivo cujas intervenções têm sempre em consideração a proteção do prematuro de estímulos inapropriados e desnecessários, a proteger o sono e o repouso ao mesmo tempo, ajudá-los a adquirir e fortalecer competências, motores do desenvolvimento; a família é um membro da equipa onde os papéis tradicionais de amor e proteção são incentivados” (2017, p.145).

O nascimento prematuro leva os pais a experienciar o luto pelo bebé imaginado, adiando o exercício pleno da parentalidade, dada a necessidade de internamen-

to. Pelo que, a parentalidade na prematuridade estabelece-se como uma situação de crise no ciclo vital da família, necessitando de mecanismos e recursos de adaptação (Melo et al., 2017). Segundo Ribeiro et al (2015), “o internamento de um filho Recém-Nascido (RN) impõe-se como uma realidade sem balizas físicas ou cronológicas exigindo um maior nível de intervenção especializada, tanto por parte dos enfermeiros como pelos familiares” (p.138).

Face à possibilidade eminente de morte de um filho e a todo um turbilhão de sentimentos e emoções, é essencial que os enfermeiros intervenham de forma as responder às necessidades destes pais. Pelo que, à equipa de enfermagem compete conhecer os medos, dificuldades, sentimentos e necessidades dos pais, servindo de apoio e orientação, respeitando o conhecimento parental e o seu direito como pais na tomada de decisões e no processo de prestação de cuidados (Silva, 2018).

A Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN) considera que “os enfermeiros da Neonatologia (...) têm a função privilegiada de promover o desafio da compreensão e ‘magia’ num lugar de cuidados técnicos tão preci(o)sos onde adaptam a necessidade de pais e familiares, partindo dos cuidados e sobrevivência”(2016).

A equipa de enfermagem desenvolve, neste sentido, um conjunto de cuidados desde a admissão do RN prematuro, e relacionamentos interpessoais, fortalecendo o vínculo terapêutico até à alta hospitalar (Ferreira, 1998); e está atenta, de modo a reconhecer as reais necessidades de aprendizagem da família no que se refere a capacitá-los nos cuidados ao próprio filho (Chiodi, 2012).

Na gestão dos cuidados ao RN de alto risco, os pais devem ser encorajados, bem como deve ser facilitado o envolvimento destes na prestação de cuidados, sem descurar o impacto e stress que todo o ambiente, circundante ao filho, lhes pode causar (Hockenberry & Wilson, 2014). Assim, além de todos os procedimentos técnicos, desenvolvemos, no contexto dos cuidados centrados no desenvolvimento, competências para a avaliação e promoção de competências parentais, provendo a autonomia gradual dos pais na prestação de cuidados ao filho. Evidencia-se aqui, a parceria de cuidados, que foi suportada por uma comunicação de qualidade e negociação eficaz (Casey, 2008), nesta experiência formativa.

Procurámos que o pais vivenciassem esta realidade de forma mais positiva e serena possível, prestando cuidados centrados no desenvolvimento do filho, de

forma a promover-lhe conforto e bem-estar. A par fomos identificando as dificuldades e necessidades dos pais, permitindo-lhes levar a cabo intervenções com o intuito de colmatar essas mesmas necessidades, no sentido de capacitar os pais para tratar do seu RN. Mobilizámos, desta forma as competências do EEESIP, implementando e gerindo, “em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” e para tal, negociámos com os pais a sua participação “em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar”, utilizando técnicas de comunicação “apropriadas” e “estratégias motivadoras à família para a assunção dos seus papéis em saúde”; proporcionando “conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais” de modo a facilitar “o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença” (OE, 2018, p.19193).

Durante este estágio, foi-nos assim possível, “promover a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais” (OE, 2018, p.19194).

Como facilitador da vinculação, aparece o Método Canguru, no qual o bebé é colocado em contato pele-a-pele com a mãe ou com o pai. “As mães (ou pais) são incentivadas a colocarem seus filhos, após estabilização clínica, numa posição verticalizada entre os seios, debaixo das suas roupas, proporcionando calor humano e estímulos sensoriais positivos” (SPN, 2016). Além de promotor do vínculo afetivo, este método apresenta como vantagens: “diminuição do tempo de separação do recém-nascido com a família; regulação térmica da criança; diminuição da taxa de infecções hospitalares; diminuição do tempo de internamento; promoção da confiança e competência dos pais no cuidado ao seu filho; estimulação do aleitamento materno” (SPN, 2016).

Referenciámos esta técnica porque a mesma é de prática corrente nesta UCIN, e a qual pudemos desenvolver, recomendando que os pais permanecessem no mínimo uma hora com o filho em posição canguru e aferindo o conforto do RN com este procedimento, concretamente pela estabilização de sinais vitais como a frequência cardíaca e respiratória.

É competência do EEESIP, fazer “a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, otimizando as respostas” (OE, 2018, p.19193).

Dado que o RN não consegue verbalizar a sua dor, desenvolveram-se escalas multidimensionais para avaliação desta. Deste modo, uma cadeia de parâmetros físicos e comportamentais são avaliados, sendo que a escala aplicada nesta UCINP é a *Échelle Douleur Inconfort Nouveau-Né* (EDIN), que é uma escala unidimensional comportamental que abrange cinco indicadores: a expressão facial, os movimentos corporais, a qualidade do sono, a qualidade de interação e o reconforto. Cada indicador é avaliado de acordo com uma escala de 0 a 3 pontos, variando a pontuação final entre 0 (sem dor) e 15 (dor muito intensa) pontos (DGS, 2010b).

Sempre que o valor obtido foi ≥ 5 , realizou-se uma intervenção terapêutica farmacológica para alívio da dor, conforme prescrição.

As estratégias para gestão no alívio da dor e do desconforto em neonatos por parte dos enfermeiros são de extrema importância, resultando na “prevenção ou minimização de futuras perdas psicomotoras, auditivas, visuais, além de limitações cognitivas” (Cordeiro e Costa, 2012, p.186). Pelo que, e conforme a prática nesta UCINP, realizámos continuamente as seguintes intervenções sensoriais e cognitivo-comportamentais para controlo da dor durante procedimentos:

- administração de sacarose a 24% sobre a porção anterior da língua, dois minutos antes de procedimento doloroso, em latentes;
- contenção com lençol, envolvimento do RN numa fralda, com flexão dos membros e tronco, deixando as mãos livres para chegar à boca;
- contenção manual, utilizando das mãos do profissional ou progenitor para segurar a cabeça, os braços e pernas do lactente mantendo o tronco e os membros alinhados e em flexão;
- sucção não nutritiva em lactentes, oferecendo a chupeta, como medida terapêutica. (DGS, 2012).

De acordo com Lopes et al,

“a amamentação, quanto mais cedo é iniciada e mantida, age como protetor contra a morbilidade e a mortalidade infantil. O leite materno é um alimento natural, de baixo custo e rico em nutrientes. Não obstante, as evidências já comprovaram que o leite materno, pelas peculiaridades na sua composição nutricional, é sem dúvida o alimento que garante um bom crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, em especial dos prematuros” (2015, p.33).

O aleitamento materno na prematuridade estabelece-se como um desafio, devido a fatores inerentes à prematuridade, como: imaturidade do sistema neurológico, reflexos de sucção/deglutição débeis e dificuldade de se manter em desperto por muito tempo. A presença destes mecanismos pode dificultar o início precoce da amamentação e, conseqüentemente, podem causar uma baixa incidência de êxito na amamentação de prematuros (Lopes et al, 2015).

Deste modo, mobilizámos a competência “promove a amamentação” (OE, 2018, p.19194), assim como os conhecimentos apreendidos enquanto conselheira de amamentação, numa fase inicial promovendo a extração de leite materno para ser oferecido ao RN e, posteriormente, quando o RN adquiria competências, promovemos o aleitamento materno, capacitámos a mãe a colocar o bebé à mama e esclarecemos dúvidas e dificuldades.

A alta é um acontecimento potenciador de stress para os pais, já que é marcado por expectativas e dúvidas, sendo o momento em que os pais assumem os cuidados ao filho sem terem a equipa de saúde como suporte (Pinto et al, 2018). Deste modo, é de extrema importância que o planeamento da alta seja individualizado e o profissional de saúde deve fornecer indicações claras, sucintas e simples, para que os pais adquiram segurança para cuidar do RN no domicílio (Pinto et al, 2018).

Neste sentido, foi nosso objetivo aumentar a literacia em saúde dos pais relativamente à alta do recém-nascido de alto risco, compreendendo as necessidades dos pais neste momento, pareceu-nos essencial abordar esta temática no nosso projeto de intervenção em saúde.

Desta forma, elaborámos uma história infantil sobre o nascimento prematuro e a alta do bebé, que foi revista pela EEESIP orientadora nas especificidades da prematuridade e da alta e incluída a participação da associação Nascer Prematuro, dada a importância deste grupo de apoio, cuja função é a de fornecer informação, orientação e suporte emocional aos pais de bebés internados em UCIN. Foi formalizada a parceria por e-mail (**Apêndice IV , Anexo VI**).

Realizámos a divulgação do projeto, colocando cartazes na sala de apoio, com anuência da enfermeira chefe, aos pais e conversámos com os pais do RN internados, entregando também um folheto do projeto. Estes mostraram-se receptivos e consideraram o projeto pertinente.

No geral, nesta experiência formativa, desenvolvemos e ampliámos a competência de EEESIP: “cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”, reconhecendo “situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte” e prestando “cuidados de enfermagem apropriados”, mobilizando “conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória”, demonstrando “conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico” e (infelizmente) foi-nos possível “aplicar conhecimentos e capacidades facilitadores da “dignificação da morte” e “dos processos de luto” (OE, 2018, p.19193). Neste contexto formativo, foi-nos assim possível, desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais para prestar cuidados de enfermagem ao RN/criança e família em situação de alto risco.

Durante este contexto de estágio, apesar de descontextualizado com todo o universo da prematuridade e do RN de alto risco, tivemos oportunidade de frequentar em um seminário subordinado ao tema “Os Comportamentos Aditivos na Adolescência” (**Anexo VII e VIII**), promovido pela CPCJ de Fronteira. Sendo que, compete ao EEESIP promover “a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde” (OE, 2018, p.19194), esta experiência foi proficiente na medida em que debateram temáticas como: os jovens e os comportamentos aditivos/dependências, com apresentação do Centro de Respostas Integradas no Norte Alentejano, que trabalha com os jovens em todos os contextos, apresentação do programa do Instituto Português do Desporto e Juventude – Cuida-te, apresentação do livro da jornalista Lucília Galha, “Mãe, porque não gostas de mim?”, neste livro duro, apresenta oito testemunhos que, mostram como “o que nasce torto... também se endireita”, verificando-se um sentimento transversal: o desejo de serem melhores mães e pais do que as suas mães foram, porque a infelicidade não tem de ser conservada ao longo de gerações. Foi apresentado, também, quais ao comportamentos aditivos em adolescentes portugueses, atitudes face ao consumo, perceção do risco, a importância do envolvimento da família, e por fim, foi apresentada a temática educar com *Mindfulness*, sendo que a aplicação deste método em contexto educativo tem mostrado excelentes resultados.

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE

O projeto é definido como “um plano de trabalho que se organiza fundamentalmente para resolver/estudar um problema e que preocupa os intervenientes que o irão realizar” (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p.4). “Este processo não se baseia apenas numa investigação sustentada de determinado problema, mas sim na tentativa de intervenção”, pelo que, se ambiciona constituir “uma dinâmica entre a teoria e a prática” e se pretende intervir “no próprio campo de investigação” (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p.4).

Aplicando a metodologia de projeto, desenhou-se, planeou-se e construiu-se o projeto de intervenção em saúde que se passa a apresentar.

3.1. «HISTÓRIAS PARA CRESCER EM AMOR E SAÚDE»

Dada a indiscutível importância da literacia, concretamente da literacia em saúde, o projeto de intervenção em saúde que desenhámos, centra-se nesta problemática, objetivamente, na necessidade de aumentar a literacia em saúde, visto que, a literacia em saúde se reconhece como “uma estratégia fundamental para a obtenção de ganhos em saúde associada à promoção de saúde através da educação para a saúde, quer em adultos quer em crianças” (Resende e Figueiredo, 2018, p.103).

O objetivo principal deste projeto é promover a literacia em saúde dos pais e crianças, através da promoção da literacia familiar, concretamente através da leitura partilhada. Pretende-se que as crianças e as suas famílias sejam envolvidas na problemática, a necessidade de aumentar a literacia em saúde, pelo aumento da literacia através da leitura partilhada de histórias infantis. Neste sentido, designámos este projeto como **Histórias para Crescer em Amor e Saúde**.

3.1.1. Diagnóstico de Situação

O diagnóstico de situação constitui-se como a primeira fase do trabalho de projeto, na qual se ambiciona executar um mapa cognitivo acerca de determinada situação-problema. Arroga-se como um processo contínuo, no qual se descreve e analisa a realidade sobre a qual se pretende intervir (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Contextualizando a problemática, analisamos que, nos últimos anos, variados estudos têm comprovado que um nível desajustado de literacia em saúde pode ter implicações importantes nos resultados em saúde, na utilização dos serviços de saúde e, previsivelmente, nos gastos em saúde (Pedro, Amaral & Escoval, 2016).

O *European Health Literacy Survey* (HLS-EU) foi o instrumento de avaliação multidimensional, utilizado para aferir os níveis de literacia em saúde, no estudo transversal analítico, realizado em Portugal no ano de 2014, a uma amostra de 1004 indivíduos, com idades iguais ou superiores a 16 anos. A aplicação deste instrumento “permitiu perceber, de forma concertada, a capacidade das pessoas acederem, compreenderem, analisarem e utilizarem a informação de saúde nos domínios da utilização dos cuidados de saúde, da promoção da saúde e prevenção da doença” (Pedro, 2018, p.37).

Este estudo concluiu que em Portugal, “61% da população inquirida apresenta um nível de literacia geral em saúde problemático ou inadequado” (Pedro, Amaral e Escoval, 2016, p.259), também na “dimensão promoção da saúde, 60,2% da população auscultada apresenta um nível de literacia em saúde problemático ou inadequado, sendo que a média se situa nos 52,1%” (Pedro, Amaral e Escoval, 2016, p.269). Verificou-se “uma associação inversa entre a literacia e a idade, à medida que a idade aumenta o nível de literacia em saúde diminui e vice-versa. Por outro lado, observa-se uma associação direta entre a literacia em saúde e o nível de escolaridade, crescendo ou decrescendo par a par” (Pedro, 2018, p.13).

A DGS refere que,

“De acordo com os resultados do Inquérito sobre Literacia em Saúde em Portugal 2016, (ILS-PT), comparando com os países participantes no Health Literacy Survey EU 2014 (HLS-EU), é o país que apresenta menor percentagem de pessoas com um nível excelente de Literacia em Saúde (8,6%) e com a média europeia (16,5%). Encontra-se em 2º lugar no que se refere à percentagem

de pessoas com nível suficiente de Literacia em Saúde (42,4%), sendo que a média europeia é de 36%" (2018b, p.6).

"O projeto Literacia em Saúde em Portugal é uma iniciativa do Programa Inovar em Saúde da Fundação Calouste Gulbenkian", cujo

"inquérito sobre Literacia em Saúde realizado em Portugal (ILS-PT) foi desenvolvido e aplicado por uma equipa do Centro de Investigação e Estudos de Sociologia do Instituto Universitário de Lisboa e teve como principal objetivo conhecer os níveis de literacia em saúde em Portugal, identificar as principais limitações, problemas e entraves neste campo na sociedade portuguesa, e, claro, orientar ações no sentido da sua melhoria" (Espanha, Ávila e Mendes, 2016, p.5).

Portugal apresenta um valor mais elevado (38,1%) do que a média europeia (35,2%), no que concerne "à percentagem de pessoas com um nível problemático de Literacia em Saúde" (DGS, 2018b, p.6). O estudo ILS-PT concluiu que "5 em 10 pessoas da população portuguesa têm níveis reduzidos de literacia em saúde" e "identificou grupos muito vulneráveis no campo da Literacia em Saúde na população portuguesa: grupos em que 60% das pessoas registam níveis de literacia 'problemático' ou 'inadequado' com representação maior ou igual a 5% na amostra" (DGS, 2018b, p.6). Neste sentido, "os resultados do ILS-PT mostram de forma clara o potencial para aumentar o investimento na área da Literacia em Saúde". (DGS, 2018b, p.7).

Pedro (2018) expõe que

"as pessoas que apresentam níveis de literacia em saúde inadequados mostram dificuldades significativas no que diz respeito à compreensão de prescrições médicas, instruções relacionadas com a saúde e mesmo com a monitorização de parâmetros analíticos, a avaliação do nível de literacia em saúde é um aspeto fundamental para a saúde pública" (p.12).

Assim, os impactos da literacia em saúde “incluem um melhor estado de saúde, a redução dos custos de cuidados de saúde, o aumento do conhecimento em saúde e a utilização menos frequente dos serviços de saúde” (Pedro, 2018, p.31); pelo que, e conforme Baker “estes resultados em saúde são consequência da aquisição de novos conhecimentos, de atitudes mais positivas, de uma maior autoeficácia e de comportamentos de saúde positivos associados a uma maior literacia em saúde” (citado por Pedro, 2018, p.31).

Desta forma, se verifica e atesta a importância e a urgência em implementar medidas que promovam o aumento da literacia em saúde.

Espanha, Ávila & Mendes (2016), indicam que “a literacia em Saúde, não obstante a sua especificidade, não pode ser dissociada de literacia em geral” (p.14), pelo que se considera que aumentando a literacia, concretamente a literacia familiar, se aumentará a literacia em saúde.

A problemática deste projeto de intervenção situa-se, deste modo, na necessidade de aumentar a literacia em saúde.

O enfermeiro dispõe de instrumentos de diagnóstico de situação que lhe permitirão identificar e validar o problema (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010), neste sentido foi selecionada a análise SWOT (**Figura 1**), por permitir a reflexão e confrontação entre os fatores positivos e negativos que se identificaram perante a situação (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Da análise do conjunto de todos os pontos da análise SWOT, pode concluir-se que, pelos fatores positivos encontrados, se revela como pertinente a implementação deste projeto, contudo será extremamente importante considerar os fatores negativos com barreiras à persecução do mesmo.

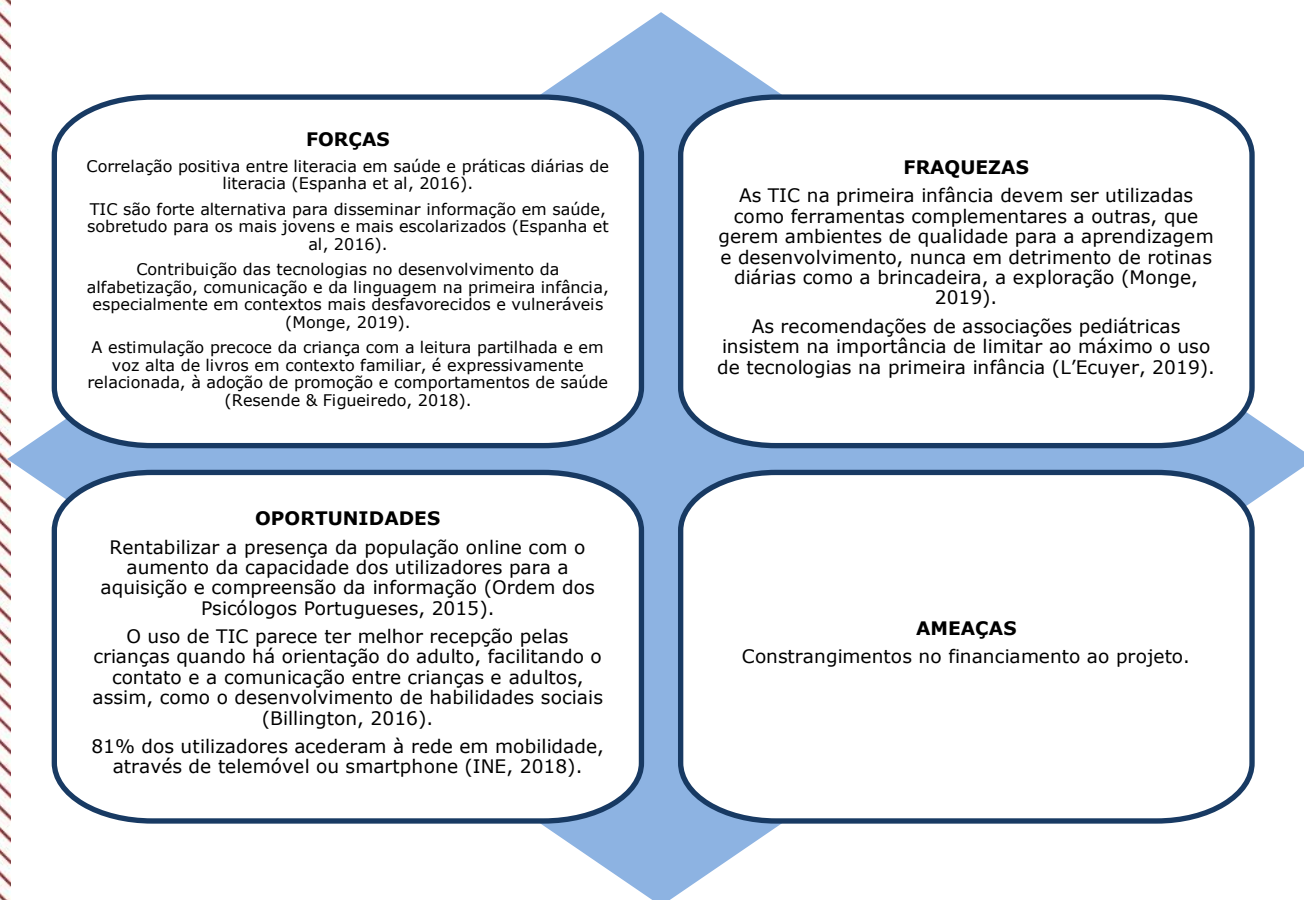


Figura 1. Análise SWOT

Partindo da problemática definida, a necessidade de aumentar a literacia em saúde, e após análise SWOT, podemos inferir os seguintes problemas adjacentes:

- Necessidade de aumentar a literacia familiar;
- Necessidade de aumentar a prática de leitura de histórias infantis;
- Necessidade de disponibilizar livros infantis gratuitos em site informático.

Depois de reconhecidos, a problemática, os fatores positivos, negativos, problemas adjacentes para o diagnóstico de situação, importa definir qual o âmbito deste projeto de intervenção, que se constitui como uma etapa de extrema importância, onde se define o espaço e o tempo em que vai ser realizada a intervenção.

Desta forma, este projeto objetivou a intervenção em vários contextos, concretamente, os contextos dos campos de estágios da unidade curricular Estágio Final, sendo eles uma UCC do ACES Alentejo Central, um Serviço de Urgência Pediátrica de um Centro Hospitalar no Ribatejo e um Serviço de Medicina Intensiva Neonatal e Pediátrica (SMINP) num Centro Hospitalar do Algarve.

De acordo com Prole (2007),

“o enraizamento dos hábitos de leitura é um processo longo e que, preferencialmente, se deve iniciar na primeira infância, muito antes da aprendizagem formal da leitura. A família desempenha, neste contexto, um papel decisivo, dado que os pais como modelos afetivos mais significativos para as crianças, cujos comportamentos elas imitam, são mediadores de importância acrescida na criação de hábitos de leitura”(p.2).

Pelo que, se definiram dois tipos de público-alvo do projeto de intervenção, os pais/educadores e as crianças.

3.1.2. Objetivos

“Os objetivos apontam os resultados que se pretendem alcançar” (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p.18), neste sentido, foram traçados os objetos gerais e específicos.

Definem-se como objetivos:

- **promover a literacia e leitura partilhada;**
- **promover a literacia em saúde numa vertente lúdico-pedagógica com envolvimento familiar.**

Seguidamente, são apontados os objetivos específicos e objetivos operacionais ou metas (**Quadro 1**). São ainda, definidos os indicadores que, tendo em conta Tavares e Alarcão (1992) podem ser indicadores de resultado ou impacto, porque

avaliam as alterações verificadas num problema ou a situação atual ou indicadores de atividade ou execução, que medem a atividade desenvolvida.

| Objetivo específico | Objetivo operacional ou meta | Indicador de resultado ou de impacto |
|--|---|--|
| Disponibilizar histórias infantis através de site informático | Que 250 pessoas acedam à página do Facebook®. | número de pessoas que acederam à página do Facebook®. |
| Incrementar a leitura partilhada | Que 80% de pais/cuidadores refiram ler histórias aos filhos. | % de pais/cuidadores que referem ter hábitos de leitura partilhada. |
| Incute nos pais a importância da leitura partilhada | Que 80% dos pais/cuidadores considerem os hábitos de leitura partilhada como importantes. | % de pais/cuidadores que consideraram os hábitos de leitura partilhada como importantes. |
| Verificar qual a pertinência do projeto para os pais/cuidadores | Que 60% dos pais/cuidadores considerem o projeto como pertinente. | % dos pais que consideraram o projeto como pertinente. |

Quadro 1. Objetivos e Indicadores

3.1.3. Planeamento

Pretende-se que as crianças e as suas famílias sejam envolvidas na problemática: a necessidade de aumentar a literacia em saúde através de um momento lúdico, a leitura partilhada de histórias, através do projeto desenhado no âmbito do Mestrado em Associação no ramo de especialização Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

As atividades desenvolvidas na persecução dos objetivos delineados foram:

- a criação de histórias infantis com temáticas adequadas ao contexto de estágio, concretamente, no estágio de centro de saúde, abordou-se a temática do aleitamento materno; no contexto de urgência pediátrica, a temática escolhida foi a

febre e em unidade de neonatologia a temática abordada foi a alta do recém-nascido prematuro;

- a elaboração de um site informático agregador das histórias infantis;

- a realização de cartazes e folhetos para dar a conhecer e dinamizar o projeto junto dos pais (que foram colocados em espaço de acesso aos pais, como salas de espera);

- a elaboração de uma página no Facebook® do projeto de forma a chegar a mais famílias.

Dado que as estratégias de promoção da literacia em saúde deverão ter a competência de “rentabilizar a presença da população online” (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2015, p.9-10), através dos quais se verifica a possibilidade de obter ganhos, com o aumento da capacidade dos utilizadores para a aquisição e compreensão da informação sobre saúde (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2015), razão pela qual, se agregaram as histórias infantis num site.

Da mesma forma, Pedro (2018) refere que “o extraordinário desenvolvimento das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), aplicadas ao domínio da saúde, permite hoje encarar a promoção da literacia em saúde de uma forma inovadora, sem qualquer paralelo com as abordagens do passado”, “dispositivos portáteis, como telemóveis, *smartphones*, *tablets* estão a começar a constituir-se como ferramentas úteis para a promoção da literacia em saúde”(p.85).

O ILS-PT aponta que “existe uma correlação positiva entre literacia em saúde e práticas diárias de literacia (nomeadamente leitura a partir de vários materiais ou uso de tecnologias de informação e comunicação) ” e que, “as TIC emergem como uma forte alternativa para disseminar informação em saúde e para promover e desenvolver ações de saúde e de promoção de literacia em saúde, sobretudo para os mais jovens e os mais escolarizados” (Espanha, Ávila e Mendes, 2016, p.14).

Importa, agora, justificar as escolhas das temáticas abordadas nas histórias infantis, pelo que seguidamente, faremos esta contextualização.

Antigamente a amamentação era um saber que passava de geração em geração espontaneamente. As mulheres de uma comunidade uniam-se neste período das suas vidas e a casa estava sempre cheia de irmãs, primas, tias, avós, vizinhas, sendo que todas se envolviam no processo de amamentar e cuidar dos bebés.

O mundo mudou, as sociedades mais ainda. É muito comum, quando uma mulher tem um bebé que ele seja o primeiro que ela segura nos braços. A rápida mudança social e económica intensificou, também, as dificuldades que as famílias enfrentam para alimentar e cuidar adequadamente dos seus filhos.

A proteção, promoção e apoio da amamentação são, por isso, uma prioridade de saúde pública na Europa. As baixas taxas e a cessação precoce da amamentação têm importantes implicações sociais e na saúde, para mulheres, crianças, comunidade e meio ambiente, resultando em maior despesa pública em saúde e aumento das desigualdades na saúde (DGS, 2014).

A informação, educação, comunicações adequadas são cruciais para o restabelecimento de uma cultura de amamentação em países onde a alimentação artificial tem sido considerada a norma por vários anos/gerações (DGS, 2014).

“O aleitamento materno é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, económica e eficaz intervenção para redução da morbi-mortalidade infantil” (Brasil, 2009, p.9), é “o único método natural de alimentação dos lactentes”, pelo que a OMS o recomenda de forma exclusiva nos primeiros seis meses de vida (Graça, Figueiredo e Conceição, 2011, p.2).

Apesar de todas as evidências científicas que comprovam a superioridade da amamentação sobre outras formas de alimentar o lactente, e apesar dos esforços de diversos organismos nacionais e internacionais, as taxas de aleitamento materno em Portugal, especialmente as de amamentação exclusiva que estão bastante aquém do recomendado, iniciando-se nos 98% após o nascimento, caindo para cerca de 76% até ao dia da alta e para os 35% ao quarto mês de vida (DGS, 2014).

Pelo que, a ideia de criar um livro para crianças que conte como é amamentar, será uma forma de trazer de novo para o universo da infância este assunto, que já não está presente nas suas vidas naturalmente, temática que foi acolhida pela EEESIP que nos orientou no estágio na UCC. Desta forma, escrevemos a história, intitulada «Amar em Estado Líquido», de um casal que se tornam pais e que têm algumas dificuldades no AM, sendo que o marido as resolve através do apoio da SOS Amamentação (**Apêndice V**).

A febre na criança é fonte de grande preocupação e *stress* nos pais, sendo que a perceção destes se pode traduzir em comportamentos fóbicos e exagerados no tratamento da febre, com consequente aumento de carga física e emocional dos pais, uso excessivo de antipiréticos e abuso no recurso aos cuidados de saúde.

Verifica-se que a educação parental com o recurso a evidências científicas sobre a forma de atuação na gestão da febre diminuirá comportamentos desadequados relativamente a situações de febre na criança.

O enfermeiro é o profissional de excelência para intervir junto dos pais, especificamente o EEESIP, dadas as suas competências, a sua relação de proximidade e abordagem holística. Através da educação, ensinamentos, e reconhecimento da literacia em saúde, os enfermeiros conseguem reduzir a ansiedade dos pais, conferindo-lhes assim conhecimentos e competências adequadas para fazer face às suas crianças aquando da situação de febre (Monsma, Richerson & Sloand, 2015). A informação fornecida aos pais deve ser clara, explicada previamente e facultada quer em formato escrito (folheto), quer em formato visual (vídeo) e que seja facilmente acessível (site on-line) (Maat et al, 2018). As informações devem ser fáceis de encontrar e devem estar acessíveis no website e disponíveis numa aplicação móvel (Peetoom et al, 2016).

Dado ao analisado na bibliografia, e em concordância com a orientadora de estágio, considerou-se pertinente a abordagem da febre através de história infantil. Assim, escrevemos a história da pequena Catarina que fica com febre e aproveitando as dúvidas da mãe, explicamos, de forma simples, o processo fisiopatológico da febre. A mãe da Catarina fica mais segura e tranquila após contato com o SNS24. Esta história foi intitulada «A febre da Catarina» e agrega as informações úteis e explícitas do folheto informativo da DGS, possibilitando o aumento da literacia em saúde relativamente à febre (**Apêndice VI**).

À equipa de enfermagem compete um conjunto de cuidados, desde a admissão do recém-nascido prematuro numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais até à alta, para capacitar os pais na prestação de cuidados ao próprio filho, pois o internamento do RN numa UCIN pode ser traumática para ambos, RN e pais. Quando o RN é internado, o mesmo é sujeito a procedimentos invasivos, e permanece num ambiente rodeado por sons desconhecidos, luzes constantes, pessoas estranhadas, contribuindo para uma despersonalização (Pinto et al, 2014).

A alta é um acontecimento potenciador de *stress* para os pais, já que é marcado por expectativas e dúvidas, sendo o momento em que os pais assumem os cuidados ao filho sem terem a equipa de saúde como suporte (Pinto et al, 2018). Assim, o planeamento de alta não deve ser traçado para episódio pontual e isolado, cumprido no dia da alta ou um dia antes da família levar o RN para casa, mas deverá ser sistematizado a partir do momento em que o RN dá entrada no serviço, facultando informações aos pais, pretendendo capacitá-los para a alta hospitalar (Nietsche et al, 2012), desenvolvendo a sua habilidade no cuidado com o RN, diminuindo o nível de *stress* da família, evitando reinternamentos e identificando recursos comunitários disponíveis para seguimento após a alta (Schmidt et al, 2013).

Existem grupos de apoio cuja função é a de fornecer informação, orientação e suporte emocional aos pais de bebés internados em UCIN. A participação nestes grupos é benéfica no sentido em que permite aos pais receberem mais informação acerca dos seus bebés, dos cuidados a ter, expor os seus receios e receber apoio emocional, e deve ser encorajada pela equipa de saúde o mais precocemente possível, para que os pais possam receber o máximo de informação e educação possível (Turner et al, 2015).

Daqui resulta a importância de abordarmos esta temática, assim como a ligação a associação de apoio, sendo que tal foi corroborado pela EEESIP que nos orientou o estágio na UCINP, e da qual, nasceu a história infantil intitulada «O pequeno Pedro», onde se conta a história de um RN prematuro, desde o nascimento até à alta. (**Apêndice VII**).

Nas histórias infantis pretendeu incluir-se a parceria com entidades, para aumento do conhecimento dos pais sobre a temática, pois “parcerias efetivas entre os cidadãos, os prestadores de cuidados e as organizações de saúde nos vários

níveis de prestação, planeamento e avaliação são fundamentais” (Pedro, 2018, p.14).

Deste modo, associou-se à temática aleitamento materno, a SOS Amamentação cuja missão é apoiar as mães e as suas famílias, nas suas dúvidas e dificuldades, ajudando-as a ter uma amamentação com sucesso. A referir que foi feito pedido de parceria, de forma formal, (**Anexo X**) mas dado sermos CAM voluntária desta associação, foi-nos dado parecer positivo mas de forma informal, via telefónica.

No contexto de urgência pediátrica, o tema escolhido foi a febre, pelo que, se associou esta temática ao SNS 24 que é um serviço telefónico e digital do Serviço Nacional de Saúde, criado para ajudar nas dúvidas de saúde.

Em unidade de neonatologia abordou-se a alta do recém-nascido prematuro e dada a especificidade das vivências dos pais de prematuros, inclui-se a referência à associação Nascer Prematuro, que “tem como finalidade principal apoiar os pais e bebé/crianças nascidas prematuras em situação de internamento e após a alta hospitalar” (Nascer Prematuro, s.d.).

Pela vontade de incluir o *know-how* destas entidades, foi estabelecido contacto com os mesmos no sentido de estabelecer parceira.

Interessa, assim, definir quais as estratégias e os recursos utilizados nesta fase do projeto de intervenção em saúde, pelo que, seguidamente se explanam no quadro 2.

| Atividades/Estratégias desenvolvidas | Recursos | |
|---|--|---|
| | Humanos | Materiais |
| <u>Criados livros de histórias infantis</u> - Apresentado do projeto à chefia do serviço e orientador do contexto de estágio; - Definido tema a abordar; - Realizada pesquisa bibliográfica sobre conteúdos a abordar; - Produzido e estruturado livro de histórias; - Apresentado o livro a ilustradora de livros infantis. - Definidas ideias para a ilustração das histórias. | - Enfermeiro chefe; - Enfermeiro orientador; - Discente; - Docente; - Ilustradora. | - Sala de reunião; - Livros científicos; - Computador portátil. |

| | | |
|---|--|--|
| <p><u>Associadas entidades pertinentes a cada tema dos livros infantis</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Apresentado projeto às entidades pertinentes, por e-mail; - Solicitada parceria e autorização, por e-mail. | <ul style="list-style-type: none"> - Discente; - Docente; - Responsável pelas entidades. | <ul style="list-style-type: none"> - Computador portátil. - E-Mail. |
| <p><u>Criado site informático agregador das histórias infantis</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Apresentados os livros a programador informático para criação de site; - Definidas ideias quanto à estrutura e dinâmica do site. (Apêndice IX) | <ul style="list-style-type: none"> - Discente; - Docente; - Programador informático. | <ul style="list-style-type: none"> - Computador portátil; - Livros infantis em suporte informático. |
| <p><u>Realizados cartazes, folhetos e página no Facebook® para dar conhecimento e dinamizar o site</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Apresentada ideia e estrutura dos cartazes e folhetos à chefia do serviço e orientador do contexto de estágio; - Produzidos dos cartazes e folhetos (Apêndice X); - Impressos os documentos em gráfica para melhor qualidade dos mesmos; - Criada página no Facebook® do projeto (Apêndice XI). | <ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiro chefe; - Enfermeiro orientador; - Discente; - Docente; - Responsável por gráfica. | <ul style="list-style-type: none"> - Sala de reunião; - Computador portátil. |
| <p><u>Angariação de financiamento para o projeto</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do projeto a diversas entidades como: OE, DGS... - Apresentação do orçamento. | <ul style="list-style-type: none"> - Discente. | <ul style="list-style-type: none"> - Computador portátil; - E-Mail. |
| <p><u>Elaborada de Revisão Integrativa da Literatura</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizada revisão integrativa da literatura sobre estratégias e benefícios da literacia em saúde. (Apêndice XII) | <ul style="list-style-type: none"> - Discente; - Docente. | <ul style="list-style-type: none"> - Computador portátil - Motores de busca: EBSCOhost®, BVS® e SciELO®, |
| <p><u>Avaliado projeto</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicado questionário on-line para avaliação do projeto; - Solicitado parecer à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre (Apêndice XIII); - Analisadas as respostas ao questionário; - Analisados os dados estatísticos do alcance das publicações na página do Facebook® (Apêndice XIV); - Analisados os resultados da revisão integrativa da literatura | <ul style="list-style-type: none"> - Discente; | <ul style="list-style-type: none"> - Computador portátil. |

Quadro 2. Esquematização do Planeamento

Conforme Ruivo, Ferrito & Nunes (2010), “os meios financeiros consistem nos recursos económicos disponíveis e que podem ser utilizados no financiamento do projeto e de todas as atividades que lhes estão associadas” (p.22), pelo que se realizou a seguinte estimativa de custos (**Quadro 3**).

| Estimativa de custos | | | |
|-----------------------|----------------|------------|-------------|
| Recurso | Valor Unitário | Quantidade | Custo Total |
| Ilustração dos livros | 2500,00 € | 4 | 10000,00 € |
| Programação | 5000,00 € | 1 | 5000,00 € |
| Cartazes | 50,00 € | 3 | 100,00 € |
| Folhetos | 0,50 € | 100 | 50,00 € |
| Total: | | | 15150,00 € |

Quadro 3. Descrição de Estimativa de Custos do Projeto

A calendarização das atividades planeadas organizou-se num cronograma (**Apêndice X**), que equivale a uma representação gráfica do que foi planeado, permitindo gerir, no tempo, o projeto, dadas as metas e prazos a cumprir (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

3.1.4. Execução

Conforme Ruivo, Ferrito e Nunes (2010), “a etapa de execução (...) materializa a realização, colocando em prática tudo que foi planeado” (p.23).

Relativamente, à criação de livros de histórias infantis, esta estabeleceu-se além do tempo pré-estabelecido, tendo como constrangimento o fato de não termos conseguido financiamento para o trabalho da ilustradora, que foi respondendo prioritariamente a outros trabalhos. Pelo que, só conseguimos que o último livro estivesse pronto em janeiro de 2020.

A associação de entidades às histórias estabeleceu-se dentro dos prazos à SOS Amamentação. Contudo, a ligação à associação Nascer Prematuro, foi estabelecida

durante o período de estágio na UCINP, em dezembro de 2019, e ao SNS24, dada a necessidade de aprovação pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, só foi possível em janeiro de 2020.

O site foi criado, por questões profissionais do programador informático e também devido à ausência de financiamento, após o prazo previamente estabelecido. O site foi criado em outubro de 2019 mas a última história só foi agregada no site em maio de 2020.

Em relação à realização de cartazes, folhetos e página Facebook®, foram criados dentro do prazo estabelecido. Optou-se pelo uso do mesmo cartaz e folhetos nos três campos de estágio, modificando apenas as orientadoras de estágio. Com a página no Facebook® do projeto, além de se dinamizar o projeto, foram dinamizadas as histórias conforme foram ficando prontas, bem como, se dinamizou a importância da leitura com dois artigos, um da Revista Visão, "O bem que faz ler um livro, em 7 razões comprovadas pela ciência" e ou outro do Jornal de Notícias, "Ler às crianças ao deitar desenvolve o cérebro".

Como referimos, não obtivemos nenhuma resposta favorável por parte das entidades abordadas para o financiamento, o que se revelou como um dos principais constrangimentos ao nosso projeto.

A divulgação do site iniciou-se no contexto de estágio, na UCC através do workshop intitulado «1.º Encontro de Mães e Grávidas do Cantinho de Amamentação», realizado a 8/10/2019. Foi divulgado durante os outros contextos formativos, contudo as histórias sobre as temáticas relativas a esses contextos só ficaram disponíveis no site *a posteriori*.

A prática baseada na evidência é um método que estimula o desenvolvimento e/ou utilização de resultados de pesquisas na prática clínica. "Devido à quantidade e complexidade de informações na área da saúde, há necessidade de produção de métodos de revisão de literatura, dentre estes, destacamos a revisão integrativa" (Mendes, Silveira e Galvão, 2008, p.758). Assim, elaborou-se a revisão integrativa, «Estratégias e Benefícios da Literacia em Saúde», que objetivou identificar estratégias promotoras e benefícios da literacia em saúde para a saúde infantil.

Para uma avaliação mais rigorosa estabeleceu-se como instrumento a aplicação de um questionário on-line (**Apêndice XVI**), criando no Google Forms®, que se dinamizou a partir da página do Facebook®, e foi aplicado de 16 de março a 16 de abril de 2020.

O questionário “é um instrumento de medida que traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis”, onde “as questões são concebidas com o objetivo de colher informação fatural sobre os indivíduos” (Fortin, 1999, p.249).

A população-alvo deste projeto de intervenção em saúde foi definida como os pais/cuidadores e crianças, contudo a as crianças não possuem as ferramentas necessárias, concretamente acesso à página do Facebook® onde se dinamizou o questionário, pelo que foi planeado ser aplicado aos pais/cuidadores.

“O plano de amostragem serve para descrever a estratégia a utilizar para selecionar a amostra”, sendo que a amostra estabelecida para aplicação do questionário, é a amostra acidental, onde “os sujeitos são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado” (Fortin, 1999, p.208), neste sentido os sujeitos encontram-se acessíveis no Facebook®.

Antes de aplicarmos o questionário, realizámos o pré-teste, que “consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflita a diversidade da população visada, a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas”, avaliando a eficácia e a pertinência do questionário (Fortin, 1999, p.253). Este foi aplicado no mesmo formato, on-line, nos primeiros 15 dias do mês de janeiro de 2020, a 6 pessoas. Após a sua análise do pré-teste verificámos necessidade de acrescentar uma questão.

A aplicação do questionário foi sujeita a apreciação da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre, cujo parecer foi positivo (**Anexo XI**).

3.1.5. Avaliação e Análise Reflexiva

O momento de avaliação permitirá determinar qual o grau de sucesso da consecução dos objetivos estabelecidos, específicos e operacionais, bem como pelos

indicadores. A aplicação do questionário ocorreu durante um mês, tendo sido respondido por 91 participantes, que se passa a analisar.

Além da aprovação da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre, na primeira questão, obtivemos a anuência de resposta ao questionário por todos os participantes, consentindo deste modo em participar no mesmo.

Gráfico 1. Resultados obtidos referentes à anuência em responder ao questionário

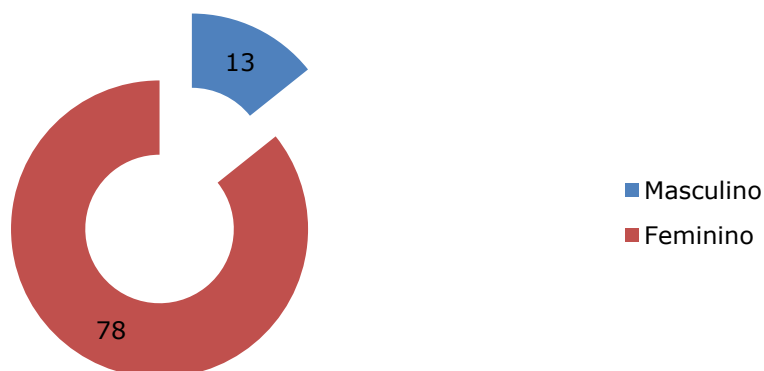
1. Aceita responder ao questionário?



Os 91 participantes aceitaram responder ao questionário.

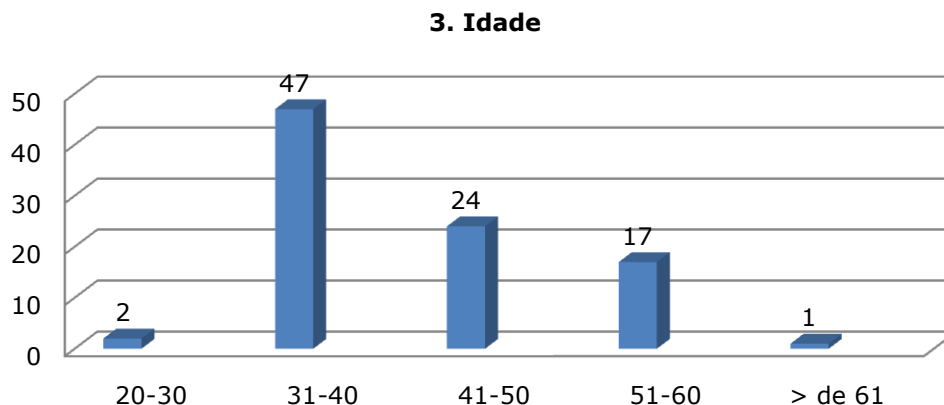
Gráfico 2. Resultados obtidos referentes ao sexo dos participantes

2. Sexo



Dos 91 participantes, 78 eram do sexo feminino e 13 participantes do sexo masculino.

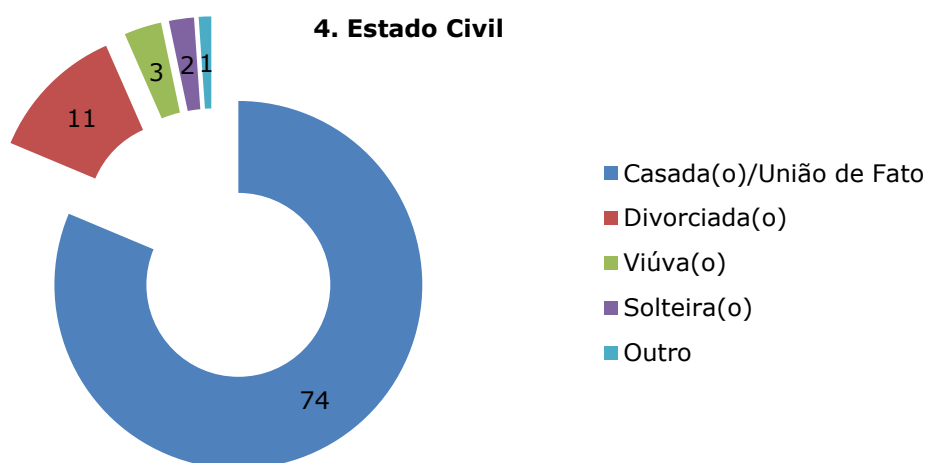
Gráfico 3. Resultados obtidos referentes à idade dos participantes



As faixas etárias predominantes dos praticantes encontram-se compreendidas entre os 31-40 anos (47) e os 41-50 anos (24).

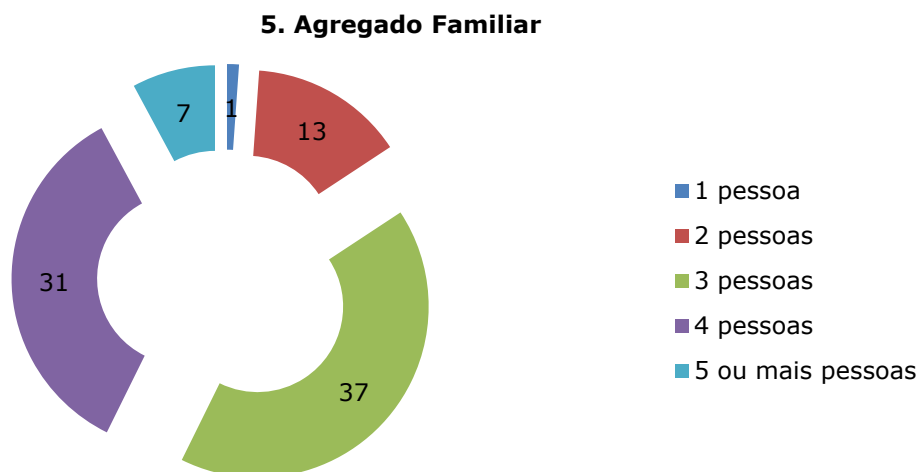
A referir que há participantes cujas idades se encontram no intervalo de idades entre os 51-60 anos e acima dos 61, no total de 18, o que nos permite deduzir que alguns dos participantes responderam enquanto avós ou reportando as questões à infância dos filhos.

Gráfico 4. Resultados obtidos referentes ao estado civil dos participantes



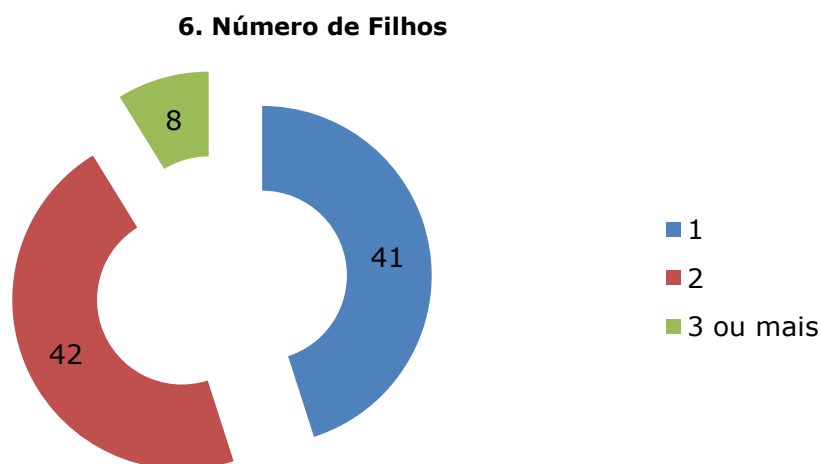
A grande maioria dos participantes (74) era casada ou unida de fato.

Gráfico 5. Resultados obtidos referentes ao agregado familiar dos participantes



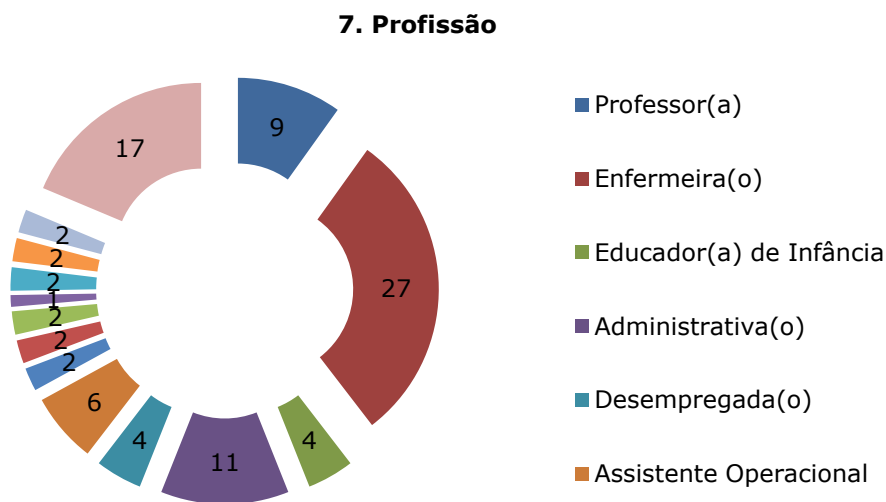
Em relação ao agregado familiar, predominam agregados familiares constituídos por 3 pessoas (37) e por 4 pessoas (31). A analisar a existência de um agregado familiar ser composto apenas por uma pessoa, o que se poderá explicar pela resposta de um avô.

Gráfico 6. Resultados obtidos referentes ao número de filhos dos participantes



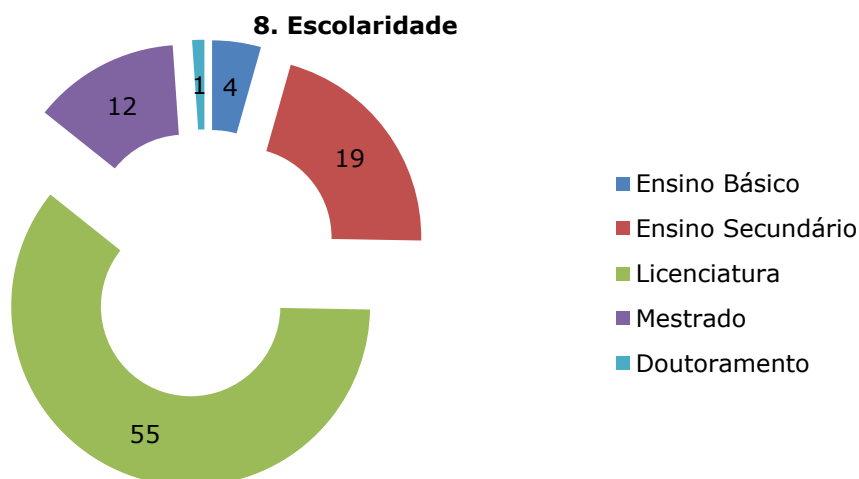
O número de filhos dos participantes varia, essencialmente, entre o 1 e 2 filhos. Apenas 8 dos 91 participantes responderam ter 3 ou mais filhos.

Gráfico 7. Resultados obtidos referentes à profissão dos participantes



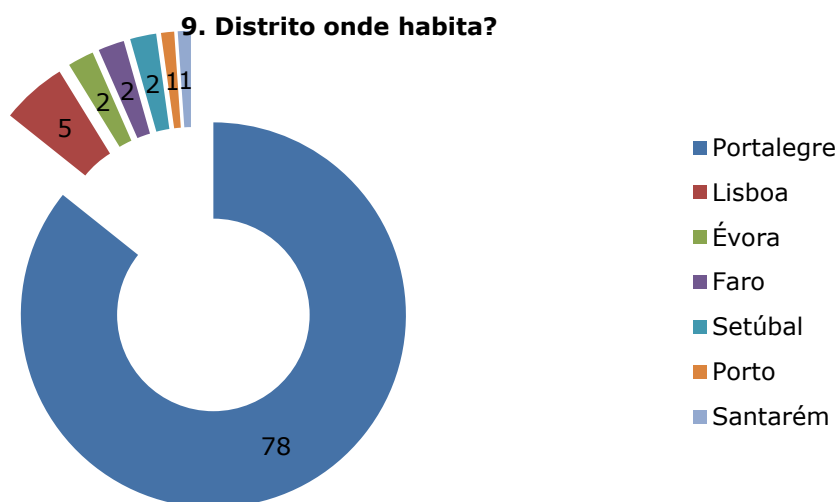
Quanto à atividade profissional os participantes têm diferentes profissões, contudo a profissão que se destaca é enfermagem (27), o que se poderá dever à dinamização do projeto em instituições de saúde.

Gráfico 8. Resultados obtidos referentes à escolaridade dos participantes



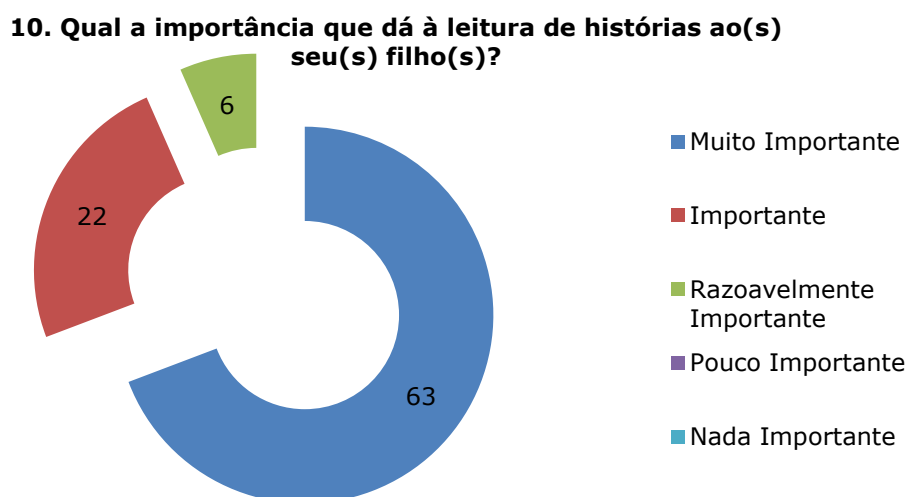
Verificamos que 60,4% (55) participantes são licenciados.

Gráfico 9. Resultados obtidos referentes ao distrito onde habitam os participantes



Os participantes no questionário habitam em diferentes distritos, mas a grande maioria, habita no distrito de Portalegre. Apesar o site do projeto ter sido divulgado nos vários campos de estágio, portanto nos distritos de Évora, Santarém e Faro, o facto de o questionário ter sido dinamizado na aplicação Facebook®, influenciou a que participantes sejam residentes no distrito da mestranda.

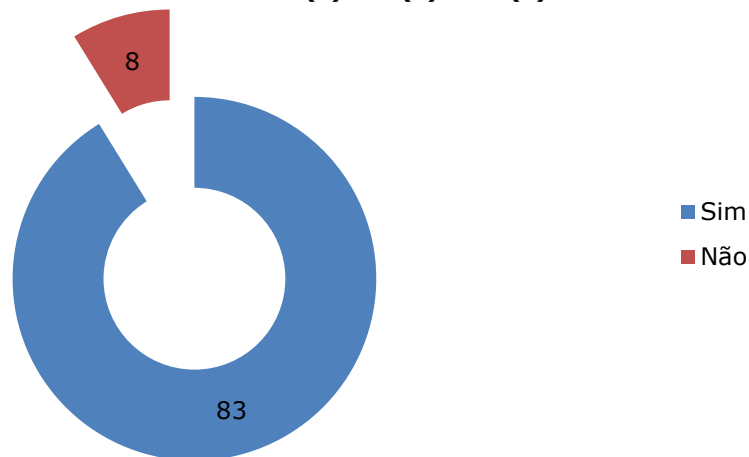
Gráfico 10. Resultados obtidos referentes à importância que os participantes dão à leitura de histórias aos filhos



Dos 91 participantes, 63 considera ser muito importante a leitura de histórias aos filhos e 6 pessoas consideram ser razoavelmente importante.

Gráfico 11. Resultados obtidos referentes ao hábito de leitura de histórias aos filhos

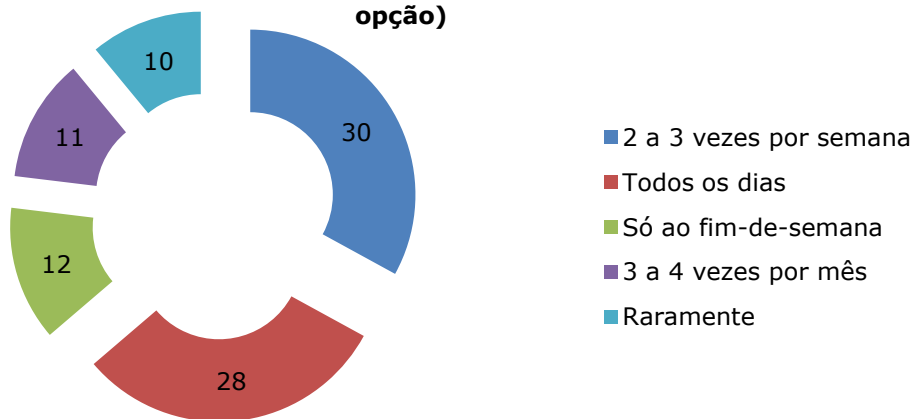
11. Costuma ler histórias ao(s) seu(s) filho(s)?



Quanto ao hábito de ler histórias aos filhos, apenas 8 participantes não costumam ler histórias.

Gráfico 12. Resultados obtidos referentes à frequência com que os participantes leem aos filhos

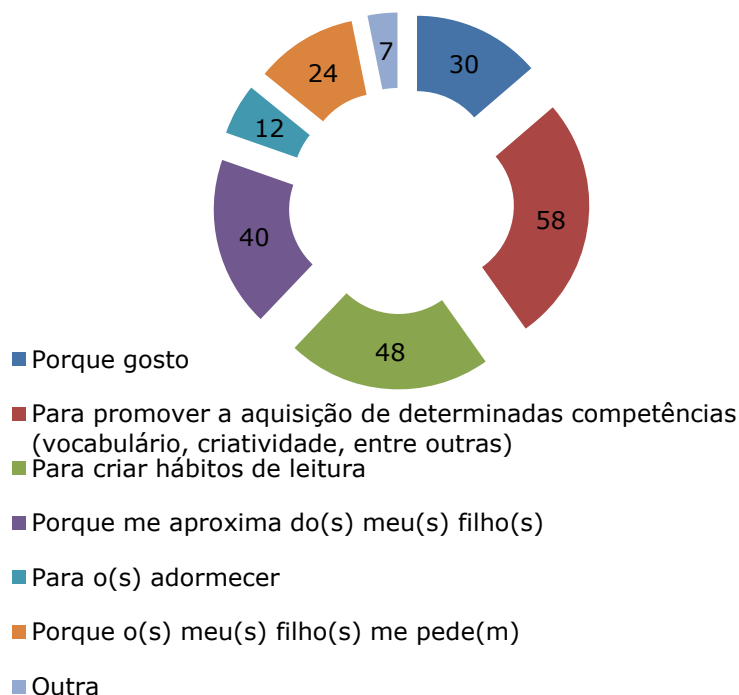
12. Se sim, com que frequência? (Assinale apenas uma opção)



Relativamente à frequência da leitura, verificamos que 28 dos participantes leem aos filhos diariamente, 30 leem 2 a 3 vezes por semana e só 10 o fazem raramente.

Gráfico 13. Resultados obtidos referentes à razão porque os participantes leem histórias aos filhos

13. Se sim, por que razão lê histórias ao(s) seu(s) filho(s)?



Sobre qual a razão da leitura de histórias aos filhos, verificamos que 48 dos participantes que leem aos filhos, o fazem para criar hábitos de leitura, 58 para promover a aquisição de competências como vocabulário e criatividade, 40 porque consideram que os aproxima dos filhos, 30 porque gostam, 24 porque os filhos pedem, 12 para adormecer os filhos e 7 participantes referem outra razão mas não a especificaram, apesar de ter sido solicitado que o fizessem.

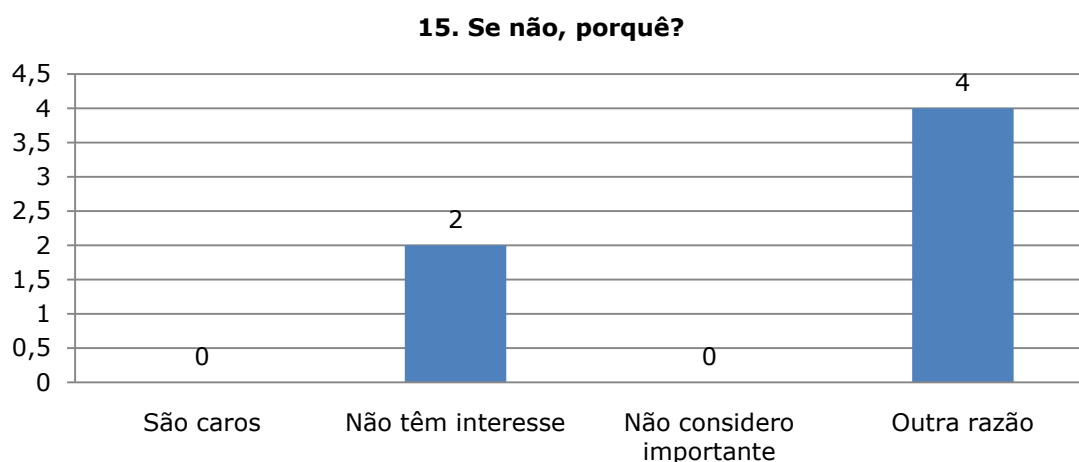
Gráfico 14. Resultados obtidos referentes ao hábito dos participantes comprarem livros infantis

14. Costuma comprar livros infantis?



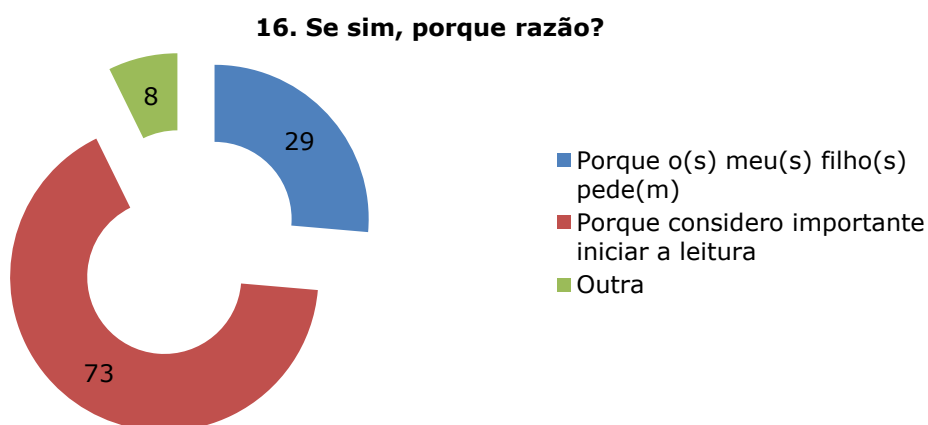
A grande maioria dos participantes (86), refere o costume de comprar livros infantis.

Gráfico 15. Resultados obtidos referentes à razão de não comprarem livros infantis



Dos 5 participantes que não costumam comprar livros, não o fazem porque consideram que não têm interesse e por outra razão que não especificam apesar de lhes ter sido solicitada.

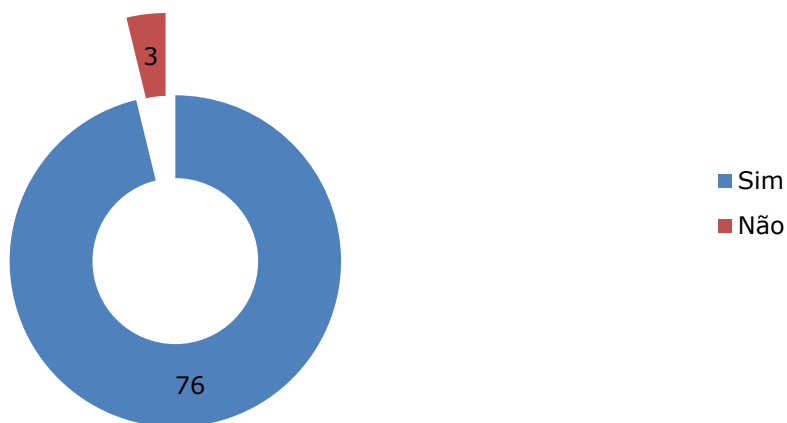
Gráfico 16. Resultados obtidos referentes à razão de comprarem livros infantis



Os participantes que costumam comprar livros, fazem-no maioritariamente (73) porque consideram ser importante iniciar a leitura e 29 porque os filhos lhe pedem.

Gráfico 17. Resultados obtidos referentes ao hábito dos participantes incentivarem os filhos a ler

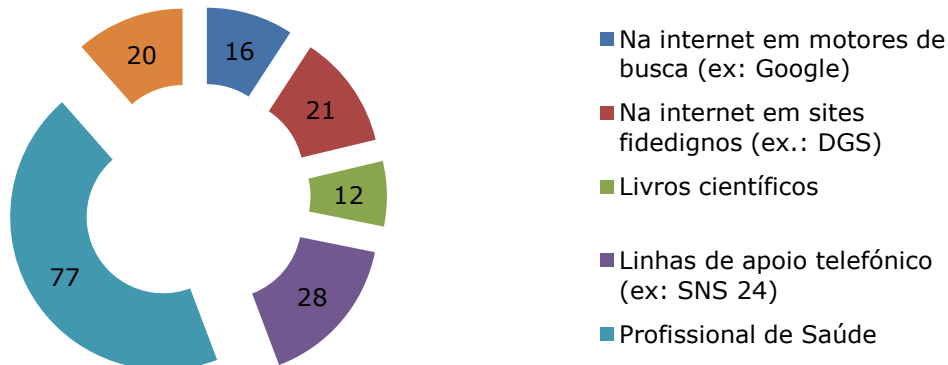
17. Costuma incentivar o(s) seu(s) filho(s) a ler? (se o seu filho já souber ler)



Sobre o incentivo à leitura, 76 dos participantes, cujos filhos já sabem ler, incentivam os filhos a ler.

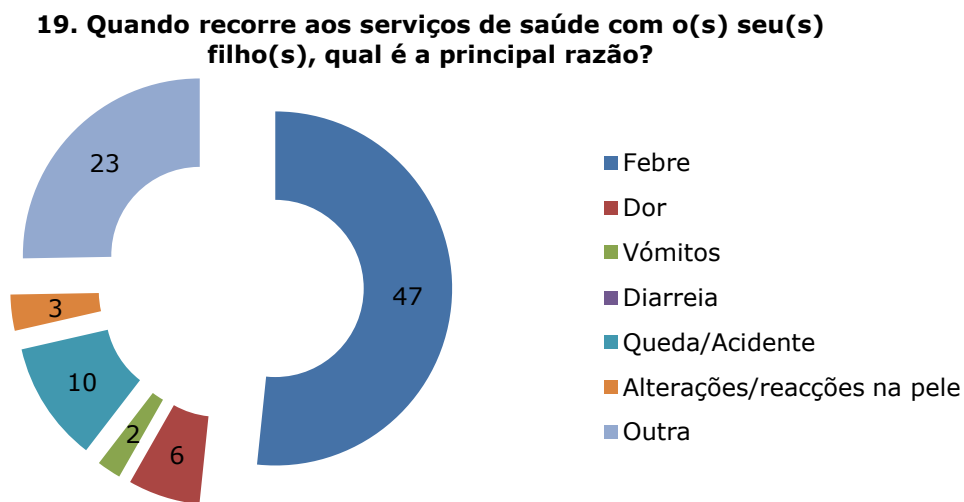
Gráfico 18. Resultados obtidos referentes à procura de esclarecimento dos participantes sobre a saúde dos filhos

18. Se tem dúvidas sobre a saúde do seu(s) filho(s) onde procura esclarecimento?



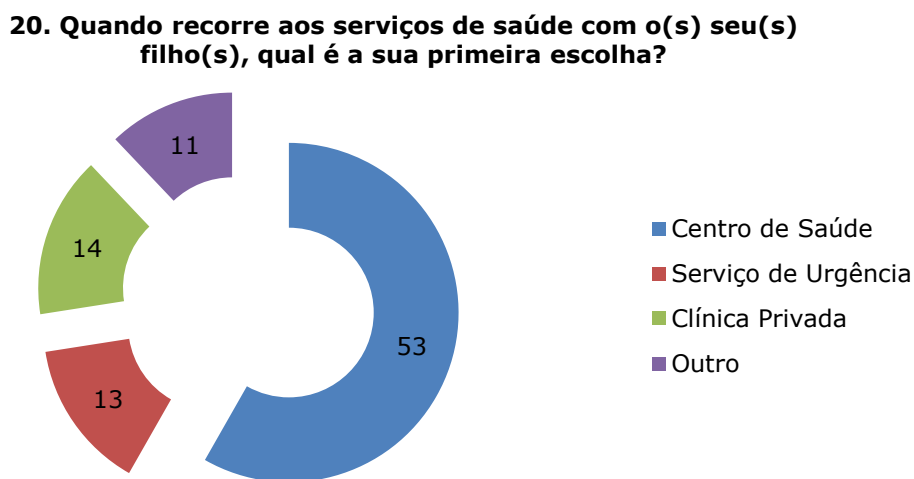
Quando têm dúvidas sobre a saúde dos seus filhos, 77 dos participantes procuram esclarecimento junto de profissionais de saúde, 28 procuram em linhas de apoio telefónico, 21 em sites fidedignos na internet, 12 em livros científicos. Já 20 participantes procuram esclarecimento junto de familiares/amigos e 16 fazem-no em motores de busca na internet.

Gráfico 19. Resultados obtidos referentes a qual a principal razão de procura dos serviços de saúde



Cerca de metade dos participantes referem recorrer aos serviços de saúde com os filhos por febre (47), 10 referem fazê-lo por queda/acidente, 6 por dor e 23 por outra razão que lamentamos não terem especificado.

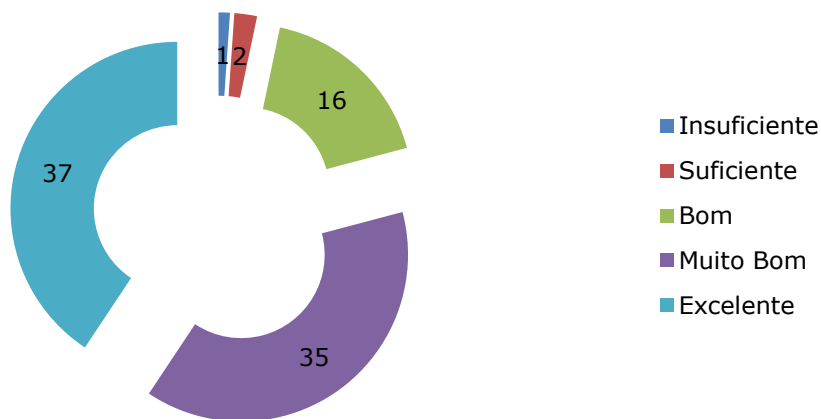
Gráfico 20. Resultados obtidos referentes a qual primeira escolha de serviço de saúde



A primeira escolha no recurso aos serviços de saúde dos participantes é o centro de saúde para 53 dos participantes, clínica privada para 14, serviço de urgência para 13 participantes e 11 participantes referem outro serviço de saúde que não especificam.

Gráfico 21. Resultados obtidos referentes à avaliação da qualidade do projeto

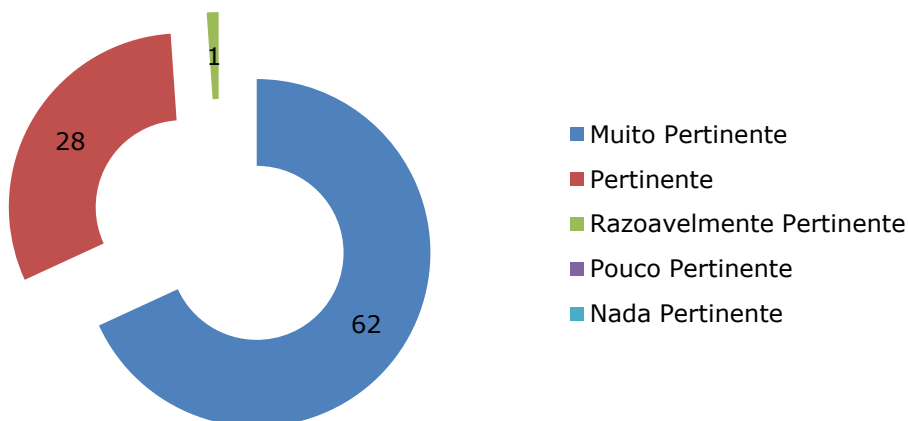
21. Como avalia o projeto "Histórias para Crescer em Amor e Saúde? (Qualidade)



Em relação à avaliação do projeto "Histórias para Crescer em Amor e Saúde", qualitativamente, 37 participantes classificam-no como excelente, 35 como muito bom. Há um participante que o classifica com insuficiente.

Gráfico 22. Resultados obtidos referentes à avaliação da pertinência do projeto

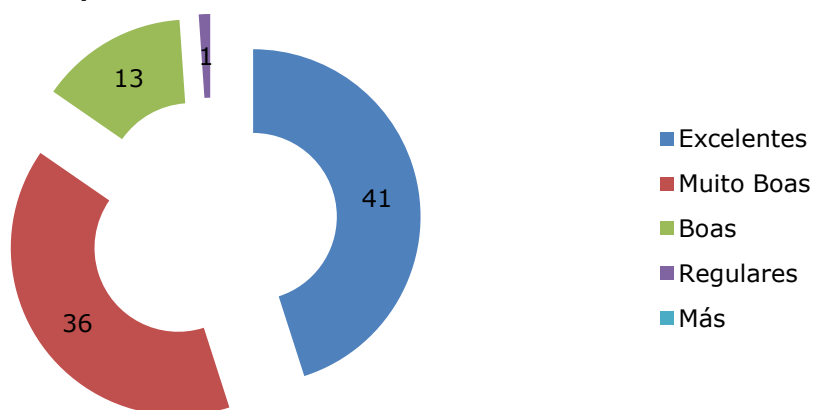
22. Como avalia o projeto "Histórias para Crescer em Amor e Saúde? (Pertinência)



Em relação à avaliação do projeto "Histórias para Crescer em Amor e Saúde", no que concerne à pertinência do mesmo, 62 participantes classificam-no como muito pertinente, 28 como pertinente e 1 participante como razoavelmente pertinente.

Gráfico 23. Resultados obtidos referentes à avaliação das histórias infantis do projeto

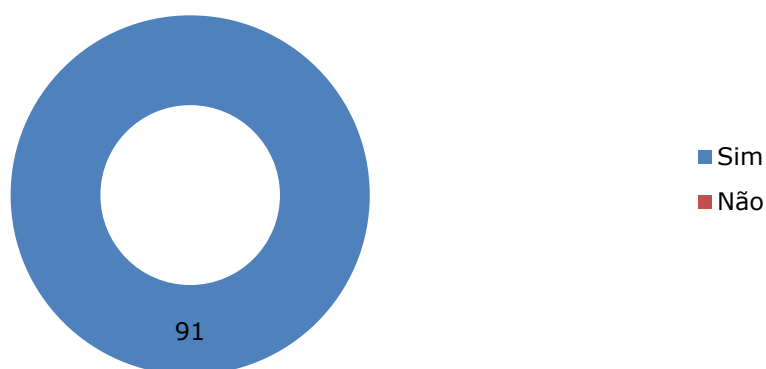
23. Como avalia as histórias infantis do projeto "Histórias para Crescer em Amor e Saúde"?



As histórias infantis do projeto foram avaliadas por 41 participantes como excelentes, por 36 como muito boas, 13 como boas e 1 como regulares.

Gráfico 24. Resultados obtidos referentes à avaliação das histórias infantis pelos filhos dos participantes

24. O(s) seu(s) filho(s) gostou(gostaram) das histórias infantis?



Os filhos dos participantes gostaram das histórias, como todos os participantes referiram.

Nas sugestões para o projeto «Histórias para Crescer em Amor e Saúde», os participantes referiram:

- “Maior divulgação e disponibilização, facilitando o acesso;
- Espero que se mantenham com toda a tranquilidade e atualidade necessárias;
- O inquérito como não tem limite de idade para responder (no meu caso) 68 anos, as respostas que dei foram relativas aos filhos já adultos e às netas, mas em ambos os casos não são muito diferentes”.

Recolhidos os dados, analisados e partilhados, importa fazer a avaliação global deste projeto de intervenção em saúde.

Não sendo possível aceder à análise do site informático, faremos a avaliação do projeto pela análise pela página do Facebook®, com os dados recolhidos pela aplicação do questionário e com os resultados da revisão integrativa da literatura.

Depois de trabalhados e analisados os dados, verificou-se que 903 pessoas seguem a página do Facebook® do projeto «Histórias para Crescer em Amor e Saúde». Contudo, algumas publicações obtiveram maior alcance, nomeadamente na apresentação do projeto que alcançou 1700 pessoas, a apresentação do livro «Amar em Estado Líquido» que alcançou 2500 pessoas, 1100 pessoas na apresentação do livro «A Febre da Catarina» e 966 na apresentação do livro «O Pequeno Pedro». Deste modo, podemos afirmar que pela disponibilização de histórias infantis através de site, superámos sobejamente o objetivo a que nos propusemos, em 361% de pessoas que acederam à página de divulgação do projeto no Facebook®.

Relativamente à incrementação da leitura partilhada, verificamos que 91,2% dos participantes no questionário referem hábitos de leitura partilhada, superando a meta dos 80% que havíamos estabelecido, entre as razões motivadoras da leitura partilhadas os pais/cuidadores referem que o fazem, maioritariamente, para criar hábitos de leitura, promover a aquisição de competências como vocabulário e criatividade.

A grande maioria dos inquiridos (93,4%) consideraram os hábitos de leitura partilhada como importantes, pelo que ultrapassámos em 13,4% a meta a que nos propusemos em relação ao incutir nos pais a importância da leitura partilhada.

Verificamos que 98,9% dos participantes no questionário avaliam o nosso projeto, quanto à pertinência, como pertinente, sendo que 68,1% classificam-no como muito pertinente, pelo que, estabelecemos a consecução da meta proposta.

No que concerne à literacia em saúde, colocámos três questões: onde procuram esclarecimento se têm dúvidas sobre a saúde dos seus filhos, sobre qual é principal razão que leva os pais/cuidadores a recorrer aos serviços de saúde com o filhos e qual a primeira escolha dos pais cuidadores quando recorrem aos serviços de saúde com os filhos; concluindo que 84,6% procuram esclarecimento junto de profissionais de saúde, ainda assim, 22% procuram esclarecimento junto de amigos e familiares e 17,6% em motores de busca com pouco rigor científico. Verificámos 51,6% dos participantes recorrem aos serviços de saúde por febre, revelando, e conforme a literatura «fobia da febre» e ser esta uma das principais causas de procura de cuidados de saúde. Mais de metade (58,2%) referem como primeira escolha os cuidados de saúde primários, contudo há 14,3% que referem como primeira escolha o serviço de urgência.

Como fragilidade do nosso projeto de intervenção em saúde, já previamente estabelecida, na análise SWOT, como ameaça, apresentam-se os constrangimentos financeiros. Dada esta fragilidade, o projeto atrasou-se no tempo, ficando finalizado além dos contextos de estágio, o que não permitiu a apresentação de duas histórias infantis nos respetivos âmbitos, e que, consideramos ser condicionante na abrangência aos pais/cuidadores desses mesmos contextos, apesar de ter sido divulgado e apresentado.

Identificamos, também, como fragilidade o fato de não termos definido a população a responder ao questionário, e no texto de apresentação do questionário alargámos a população de pais/cuidadores a toda a família, razão pela qual obtivemos a resposta de alguns avós.

Quanto aos resultados obtidos na revisão integrativa da literatura que elaborámos, reconhecendo que atitudes e comportamentos em saúde formados durante a infância influem nos padrões de saúde dos adultos, concluímos que é crucial que se definam estratégias promotoras da literacia em saúde para que as crianças cresçam apoiadas e para que se tornem consumidores conhecedores e críticos de informações e ambientes de saúde.

Das estratégias aferidas nesta revisão integrativa destacamos a implementação de um programa de promoção de práticas de literacia familiar, concretamente pela leitura partilhada, o que é concordante com o projeto desenhado e implementado.

Outra estratégia definida foi o uso da internet, que as crianças compreendem como uma ferramenta para aquisição de conhecimentos de saúde, o que também confere pertinência ao nosso projeto.

Foram identificados os benefícios para a saúde infantil, salientando-se a promoção do desenvolvimento integral da criação associado à adoção de comportamentos de saúde, a diminuição do recurso ao serviço de urgência, bem como, o aumento da qualidade de vida.

Assim, aferiu-se que implementar diferentes estratégias promotoras de literacia em saúde é essencial para promover a autonomia das pessoas, bem como a qualidade das interações entre estas e os profissionais de saúde. Melhorar a literacia em saúde em pais e crianças aumenta a aquisição de comportamentos de promoção da saúde, melhora o uso de serviços de saúde e potencia comportamentos de saúde da família da criança, o que irá reduzir expressivamente o risco de eventos adversos à saúde infantil.

Em relação à avaliação do projeto «Histórias para Crescer em Amor e Saúde», qualitativamente, 37 participantes classificam-no como excelente, 35 como muito bom, e ainda que um participante o classifique com insuficiente, consideramos que este foi bem recebido pelas famílias, que também lhe reconheceram pertinência, revelando-se como uma estratégia promotora de literacia em saúde.

Como fator positivo, ressalvamos, a avaliação das histórias infantis maioritariamente como excelentes e muito boas e, especificamente, o fato de todos os participantes referirem que as suas crianças gostaram das histórias, o que se traduz como fator aliciante a momentos de leitura partilhada e, consequentemente, ao aumento da literacia em saúde.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A OE define competência como o “saber mobilizar recursos cognitivos, disponíveis para decidir sobre a melhor estratégia de ação perante uma situação concreta” (2009).

A “competência não é um estado ou um conhecimento possuído, não se reduz só a um saber, nem a um saber fazer, mas no saber utilizá-la com eficácia e eficiência” (Sousa, 2013, p. 2). Pelo que, quanto maior for o nível de competência obtido, nas três áreas do saber – saber saber, saber fazer e saber ser e estar (Rego et al, 2015), melhor será a apreensão dos fenómenos e, naturalmente, melhor será a capacidade para agir, indispensável a uma prestação de cuidados de excelência (Ferreira, 2015).

A aquisição de competências clínicas especializadas é consequente ao aprofundamento de competências do enfermeiro de cuidados gerais, conduzindo à aquisição das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista (OE, 2010).

Neste capítulo faremos a reflexão relativa às competências comuns e específicas do EEESIP, assim como, as de mestre, que foram adquiridas e/ou consolidadas ao longo trajeto formativo do Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Dado que durante a contextualização do percurso formativo realizámos a descrição, reflexão e análise das atividades desenvolvidas, concretamente ao nível das competências específicas do EEESIP, neste capítulo iremos fazer uma breve abordagem destas e analisaremos mais em concreto as competências comuns e as de mestre.

4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências do enfermeiro são descritas como um “conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção” (OE, 2015b, p. 10087).

De acordo com Benner (2001) “desenvolver o conhecimento prático (saber fazer), graças a estudos científicos e investigações fundados sobre a teoria e pelo registo do ‘saber fazer’ existente, desenvolvido ao longo da experiência clínica vivida, aquando da prática dessa disciplina”(p.32) é essencial à prática do enfermeiro, para o desenvolvimento da competência profissional.

O Enfermeiro Especialista “é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade de enfermagem” e, “independentemente da sua área de especialidade”, demonstra as suas competências “através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2019, p.4744). As competências “envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (OE, 2019, p.4744).

Segundo Benner (2001), o enfermeiro especialista deve, ainda, deter conhecimentos técnicos e deve comunicar eficazmente sendo flexível e responsável, revelando constantemente uma conduta ética e deontológica.

Conforme o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, as competências comuns encontram-se agrupadas em quatro domínios de competência: “responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (OE, 2019, p.4745).

Relativamente ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, no desenvolvimento de competências como enfermeira especialista, em contexto de estágio e profissional, pautamos a nossa prática pela ética, considerando os direitos humanos, pois, enquanto enfermeiros, é nosso dever demonstrar um exercício seguro, profissional e ético, norteado em tomadas de decisão ético-deontológicas, pelo superior interesse da pessoa (OE, 2019).

Assim, ao longo do percurso de estágio, foram considerados os princípios gerais descritos na deontologia profissional de enfermagem, e prestados cuidados em parceria com os pais/família/pessoa significativa, como considerado pelo Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, constituindo-se a família como o 'porto de abrigo', promotores de segurança, quando necessários cuidados de enfermagem.

A Deontologia Profissional de Enfermagem prevê no âmbito do artigo 84.º o dever de informar, "assente nos princípios da autonomia, da dignidade e da liberdade da pessoa" (OE, 2015c, p.73).

Conforme o artigo 12.º, da Convenção sobre os Direitos da Criança, as crianças "com capacidade de discernimento, têm o direito de exprimir livremente a sua opinião sobre as questões que lhe respeitem, sendo devidamente tomadas em consideração as opiniões da criança, de acordo com a sua idade e maturidade" (UNICEF, 2019, p.13), sendo que tal, foi totalmente respeitado.

Assim, previamente a qualquer cuidado de enfermagem à criança, foi nossa preocupação elucidá-la relativamente ao procedimento, tendo em conta a sua etapa de desenvolvimento. Ainda que não possuíssem total discernimento relativo ao consentimento, este foi sempre solicitado, assim como aos pais foi igualmente requerido o consentimento livre e esclarecido, respeitando as suas crenças e valores. A título de exemplo, na administração de um aerossol, foi inicialmente explicado o procedimento e exemplificado nos pais ou em um brinquedo da criança, procurando a sua anuência, bem como a dos pais.

Desta forma, procurámos durante o percurso formativo em contexto de estágio, relevar os desejos e preferências das crianças, tornando-as, assim, também elas parceiras de cuidados, conferindo-lhe capacidade de tomada de decisão, de acordo com o seu estadio de desenvolvimento. Procurámos contemplar os princípios da autonomia e o da beneficência, contudo e caso a criança se recusasse a um

tratamento necessário à sua saúde, manteve-se o superior interesse da criança, e a decisão absoluta dos pais/família.

Durante a experiência formativa de estágio, colaborámos em programas de melhoria contínua da qualidade presentes nos serviços, como agente dinamizador no desenvolvimento de projetos e iniciativas, que visassem a melhoria da qualidade dos cuidados, como no Cantinho de Amamentação a nível da UCC e no NIDCAP operacionalizado no contexto de UCINP, bem como no desenvolvimento do projeto de intervenção em saúde que desenhamos.

O desenvolvimento da nossa participação enquanto formanda, baseou-se na metodologia de projeto, analisando as necessidades e identificando as oportunidades de melhoria, para subsequente planeamento e execução de ações/atividades conducentes a melhoria dos cuidados prestados em cada local de estágio. Assim, a nossa prestação foi suportada pelos padrões de qualidade dos cuidados especializados, constituindo-se “como uma oportunidade e referencial para a prática especializada, que estimule a reflexão contínua sobre a qualidade do exercício profissional e apoie os processos de melhoria contínua da qualidade” (OE, 2019, p.4750). Pelo que, nos diferentes contextos formativos, contemplando a melhoria da qualidade dos cuidados, nos munimos de conhecimento científico atualizado, na busca de uma prestação mais acolhedora e segura para a criança e para o adolescente, assim como foi sempre considerada o seu envolvimento e parceria nos cuidados, bem como a dos pais/pessoas significativas.

No sentido de promoção das competências parentais, essenciais ao bem estar e auto-cuidado dos padrões de qualidade da área de especialização, e promotoras de desenvolvimento e crescimento infantil adequado e equilibrados, elaborámos o nosso projeto de intervenção em saúde, na procura de dotar os pais, assim como as crianças, de conhecimentos válidos sobre as temáticas abordadas.

O percurso formativo desenvolvido permitiu-nos, deste modo, o aperfeiçoamento e consolidação de conhecimentos necessários na prestação de cuidados de forma efetiva e de qualidade, num ambiente terapêutico e seguro, promotor de conforto e bem-estar à criança, adolescente e família.

No que se refere à gestão de cuidados concretizámos este domínio, respeitando a gestão de cuidados patente nos serviços.

No desenvolvimento dos estágios percecionámos as responsabilidades e funções inerentes ao chefe de equipa, por vezes sendo competência dos nossos orientadores, assim como os seus deveres na tomada de decisão refletida, sendo que o conhecimento geral do serviço e do seu funcionamento se constitui como essencial para uma tomada de decisão ponderada sobre a prestação de cuidados.

O acompanhamento das orientadoras de estágio na função de chefe de equipa, permitiu-nos refletir e cooperar na tomada de decisão, consciencializando medidas de gestão sensatas e antecipatórias, pela adaptação da “liderança e a gestão aos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados” (OE, 2019, p.4750).

“O Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação”, “suporta a prática clínica em evidência científica” (OE, 2019, p.4749). Desta forma, a procura e atualização contínua de conhecimento, bem como, a aquisição de competências, motivaram a frequência do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

A aquisição de competências baseada na aprendizagem clínica e no conhecimento inerente à prática constrói-se, segundo Benner (2001) em cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, avançado, competente, proficiente e perito. Sendo que estes níveis refletem mudanças em três aspetos, a passagem de uma confiança em princípios abstratos à utilização, a modificação do modo como o formando perceciona determinada situação e a passagem de mero observador a executante envolvido, num processo dinâmico aperfeiçoado e aprofundado com a experiência.

Neste sentido, consideramos situarmo-nos no nível proficiente, pois nesta etapa o enfermeiro está capacitado a perceber e compreender determinadas situações e decidir baseado numa visão holística, mobilizando conhecimentos de modo a modificar o que previamente planeou, se necessário (Benner, 2001).

Sendo que o Enfermeiro Especialista “detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro” (OE, 2019, p.4749), o desenvolvimento da capacidade de autoconhe-

cimento permitiu-nos agir nos diferentes contextos de estágio, adaptando-nos e mobilizando os conhecimentos e competências previamente adquiridas ao longo dos últimos anos de trabalho, numa constante aquisição de competências de mestre e especialista.

Na área da investigação, o Enfermeiro Especialista “investiga e colabora em estudos de investigação, interpreta, organiza e divulga resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem” (OE, 2019, p.4749), pelo que elaborámos uma revisão integrativa da literatura que será submetida à Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento®, bem como se elaborou um poster científico, cujo resumo foi submetido e aceite para apresentar no *International Congress on 21st Century Literacies* (**Anexo XII**).

As competências adquiridas na área da investigação, são ferramentas essenciais para uma aprendizagem contínua ao longo da vida, profissional e pessoal, dado que a busca constante de novos conhecimentos, bem como a atualização dos mesmos, garantem uma prestação de cuidados adequada e atualizada. Assim, como a reflexão diária da prática, a investigação e aquisição de novos conhecimentos, potenciam a excelência do exercício em enfermagem.

No que concerne ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, no decorrer do percurso formativo foi-nos, ainda, possível desenvolver o auto-conhecimento e assertividade participando no curso de Suporte Avançado de Vida Pediátrico e participando em encontros científicos.

Deste modo, consideramos que todo o percurso formativo desenvolvido foi promotor de aquisição das competências de Enfermeiro Especialista.

4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEESIP

Conforme o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica:

“O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa” (2018, p. 1919).

Por sua vez, as competências específicas do EEESIP compreendem: assistir a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde; cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (OE, 2018).

No decorrer desta experiência formativa, o desenvolvimento destas competências para a intervenção especializada, foi constituído como objetivo a atingir.

Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde

Porque esta competência é transversal a todos os contextos de estágio, foi objetivo comum a todos eles.

O alvo de cuidar do EEESIP é constituído pelo binómio criança/família, através da parceria de cuidados, conforme o modelo conceptual de Anne Casey, essencial à prática de cuidados em saúde infantil.

Sendo importante a promoção de um desenvolvimento infantil saudável, considerando as suas crenças e ideias, cabe ao EEESIP, implementar e gerir “em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” e diagnosticar “precocemente” e intervir “nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (OE, 2018, p. 19193), sendo também seu objetivo, prevenir a doença, pela elaboração de planos de cuidados adaptados a cada utente e ao contexto em que está inserido, tendo por base as distintas fases de desenvolvimento da criança (Hockenberry & Wilson, 2014).

Em contexto de cuidados de saúde primários, na experiência em UCC e UCSP, experienciámos um ambiente de cuidados, como maior proximidade e menos institucionalizado, o que nos permitiu a avaliação da estrutura e do contexto do sistema familiar, constituiu um ponto-chave para a implementação e gestão de um plano de cuidados direccionado e estabelecido em parceria. A estruturação da vigilância em saúde e dos critérios adjacentes às etapas do ciclo de vida, o apoio no processo da parentalidade, o suporte da educação e da formação em saúde, constituem-se como intervenções do EEESIP conducentes à maximização da saúde.

Nos contextos de SUP e UCINP, as necessidades em saúde são abrangentes e totalmente distintas, contudo a assistência do processo de cuidar, também é participativa e inclusiva, o que nos possibilitou desenvolvermos esta competência, implementando planos de saúde promotores e facilitadores da aquisição de ganhos em saúde, assim como na gestão dos processos específicos de doença.

Cuida da criança/jovem e famílias nas situações de especial complexidade

As situações de especial complexidade em que é esperado que o EEESIP saiba atuar são: urgência/emergência em que é necessário reconhecer situações de instabilidade hemodinâmica e/ou risco de morte; gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, adaptando as respostas a cada situação e a cada criança tendo por base a sua singularidade; crianças com doenças raras em que seja necessário otimizar os cuidados apropriados, recorrendo a terapias alternativas de enfermagem comuns e/ou complementares suportadas pela evidência científica com vista à melhoria dos cuidados e da situação de saúde/doença; apoio às famílias e às crianças com doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade, com necessidade de apoio na adaptação à mesma (OE, 2018).

O percurso formativo, nos contextos de estágio SUP e UCINP, familiarizou-nos com situações de instabilidade hemodinâmica e risco de vida, pelo que, a frequência do curso de Suporte Avançado de Vida da Pediatria se ter revestido como mais-valia no desenvolvimento e aquisição de conhecimentos e competências em urgência e emergência.

Durante o estágio em SUP não presenciámos situações de urgência que acarretassem perigo de vida iminente, mas a experiência em UCINP forneceu-nos uma experiência diferente, dada a instabilidade vivenciada num serviço de neonatologia, com prematuros e grandes prematuros de risco, com condições clínicas complexas do ponto de vista cardíaco e infeccioso. Esta experiência formativa capacitou-nos no desenvolvimento de capacidades, adquirindo e mobilizando conhecimentos numa perspectiva holística, dentro da filosofia de NIDCAP.

Na aquisição desta competência, foi essencial a mobilização de vários recursos e adquirir vários conhecimentos, tendo em conta as particularidades decorrentes da complexidade das situações com as quais nos fomos deparando.

Prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem

Ao longo deste percurso formativo, percecionámos a importância que o EEESIP tem nos diferentes contextos, na promoção e maximização do potencial de desenvolvimento, tendo em conta as especificidades e exigências das crianças/jovens.

O aperfeiçoamento desta competência iniciou-se no contexto de cuidados de saúde primários. Para intervir de forma segura no desenvolvimento, foi essencial a aquisição de conhecimentos relativos às diferentes fases de desenvolvimento, desde a vinculação até à adolescência. Neste sentido é fundamental a aplicação de instrumentos de avaliação fiáveis, seguros e de fácil utilização (OE, 2010), como a Escala de *Mary Sheridan* ou da Escala de Avaliação de Competências no Desenvolvimento Infantil (*Schedule of Growing Skills II*).

Ao EEESIP compete a promoção da “vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais” (OE, 2018), pelo que nos cuidados específicos em contexto de UCINP, ao RN de risco, sendo prestados cuidados centrados no desenvolvimento, foi concretizada a promoção da vinculação.

Dentro de uma filosofia de NIDCAP, foi-nos necessário dispor e demonstrar “conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento intera-

tivo”, utilizar “estratégias promotoras de esperança realista”, “estratégias para promover o contacto físico pais/RN”, como o método Canguru, promover “a amamentação”, bem como, negociar “o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN” (OE, 2018).

Esta competência abrange, assim, como unidades de competência, a promoção do crescimento e da vinculação, da auto-estima e a comunicação, que conjuntamente, destacam o acompanhamento do profissional de enfermagem à criança desde o nascimento até à adolescência, durante todo o seu processo de maturação e de desenvolvimento físico e psicossocial.

Os conhecimentos adquiridos na área do desenvolvimento, capacitam-nos a prestar mais atenção a medos e inseguranças dos pais/cuidadores e, deste modo, a mobilizar conhecimentos e promover estratégias de educação para saúde para o desenvolvimento de uma parentalidade positiva.

Analisando o percurso desenvolvido nesta experiência formativa, consideramos ter trabalhado e consolidado a aquisição de competências específicas do EEESIP, ponderando, porém, que este percurso será edificado ao longo do nosso trajeto profissional ao qual arrogaremos as competências aqui apreendidas.

4.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

O presente curso de mestrado pressupõe a aquisição das competências de mestre, conforme o artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 63/2016:

- “a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde e permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as

implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de Setembro, 2016).

Ao longo do percurso edificado, contemplado neste relatório, foi essencial a mobilização dos conhecimentos teóricos para a prestação de cuidados, consolidando os conhecimentos obtidos e aprofundados durante a fase teórica deste curso de mestrado, bem como, o desenvolvimento de novos saberes e competências consequentes à capacidade de reflexão crítica e fundamentação das decisões baseadas em evidências científicas.

Integrando os conhecimentos adquiridos no âmbito do Curso de Licenciatura em Enfermagem, na Pós-Graduação em Gestão de Unidades de Saúde, nas várias unidades curriculares do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, incluindo o Curso de Suporte Básico e Avançado de Vida Pediátrico, bem como na experiência profissional de cerca de 12 anos em Pediatria, desenvolvemos, aprofundámos, e sedimentámos conhecimentos científicos baseados na evidência científica mais atual.

No decorrer do estágio final, recorrendo aos conhecimentos adquiridos no contexto do curso de mestrado, bem como a uma aprofundada pesquisa bibliográfica, elaborámos um artigo científico, uma revisão integrativa da literatura, intitulado «Estratégias e Benefícios da Literacia em Saúde: Revisão Integrativa», do qual resultou a produção de conhecimento. Neste sentido, consideramos que esta produção fornece estratégias de literacia em saúde para benefício da saúde infantil.

Deste modo consideramos ter alcançado a primeira competência de mestre.

Durante os vários contextos de estágio, foi-nos possível aplicar os conhecimentos adquiridos em 'situações novas e não familiares', concretamente a nível dos cuidados de saúde primários e da UCINP, realidades desconhecidas da nossa prática profissional.

No decorrer do estágio final, foi-nos possível, também adquirir a terceira competência de mestre, concretamente, a título de exemplo, na prestação de cuidados especializados de enfermagem a neonatos de risco com prognóstico extremamente reservado, o que exige de cada enfermeiro envolvido uma reflexão prévia sobre as responsabilidades e implicações éticas na prestação de cuidados de enfermagem ao RN/família nestas circunstâncias.

No desenvolvimento das competências intrínsecas ao mestre em enfermagem, desenhamos um projeto de intervenção em saúde com o objetivo de aumentar a literacia em saúde, assim como elaborámos a revisão integrativa da literatura, subordinada, também à temática da literacia em saúde, e neste sentido, elaborámos um poster científico onde se apresenta a revisão integrativa da literatura. A elaboração destes, conjuntamente com todos os conhecimentos adquiridos no decorrer da nossa formação específica de mestrado, possibilitou a aquisição de novos conhecimentos, que oportunamente vamos comunicando aos nossos colegas especialistas e não especialistas, pela partilha informal, objetivando melhorar a qualidade de prestação cuidados no local onde trabalhamos como futuros especialistas.

Pretendendo-se a divulgação do trabalho de investigação referido, no âmbito deste mestrado, foi submetido o resumo e aceite para apresentar, em poster científico, no *International Congress on 21st Century Literacies* cuja realização foi adiada no contexto da pandemia de COVID 19.

Os conhecimentos adquiridos no âmbito deste curso de mestrado em enfermagem em associação, na área de especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, na sua componente teórico-prática, a construção e edificação, segundo a metodologia de projeto, do projeto de intervenção em saúde, proporcionaram-nos novas ferramentas e competências que contribuíram para aquisição de conhecimentos científicos de forma autónoma, bem como, para a prestação de cuidados auto-orientada e norteada em evidência atualizada.

Da análise reflexiva sobre as competências de mestre desenvolvidas, consideramos que estas foram consolidadas durante este percurso formativo. Contudo o percurso de aprendizagem não se estagna aqui, pelo que mobilizaremos as competências apreendidas para nosso percurso profissional, de modo a prestar cuidados especializados de excelência.

CONCLUSÃO

Quando há 12 anos iniciámos o nosso percurso profissional num serviço de Pediatria e, com pouco tempo de experiência profissional numa área tão específica, como a prestação de cuidados de enfermagem a crianças e jovens, recebemos uma criança de 6 anos, prostrada por desidratação, a quem, necessariamente, causámos dor por punção venosa periférica e que após algumas horas já nos sorria e chamava amiga, soubemos que estávamos no serviço certo e, que era nesta área que queríamos aprofundar conhecimentos e competências. Desta forma, revelou-se como imperativa a frequência deste Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Neste relatório de estágio realizou-se a descrição analítica e reflexiva do percurso formativo trilhado, atestando, deste modo, a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, aptidões e competências, tanto as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências do EEESIP, como as de mestre. Além de consumir a última etapa da metodologia de projeto, a divulgação de resultados, a elaboração deste relatório é intrínseca e mandatária na aquisição de competências de mestre e de obtenção do grau mestre.

Este percurso formativo foi norteado pela temática, Literacia em Saúde aplicada à promoção da Saúde Infantil, bem como o projeto de intervenção em saúde – Histórias para Crescer em Amor e Saúde - desenhado e edificado no decorrer desta experiência, tendo obedecido à metodologia de projeto.

Iniciou-se, deste modo, este processo metodológico, pelo diagnóstico de situação, onde se verificou a necessidade de aumentar a literacia em saúde. Seguidamente, definiram-se os objetivos principais do projeto, a promoção da literacia e leitura partilhada e a promoção da literacia em saúde numa vertente lúdico-pedagógica com envolvimento familiar. Definiram-se, conseqüentemente, objetivos específicos, e, atendendo à concretização dos mesmos, na etapa metodológica subsequente, o planeamento, planeámos as atividades que considerámos indispensáveis à sua concretização, como a criação de histórias infantis subordinadas a temáticas adequadas aos contextos de estágio, como o AM, a febre e a alta do RN prematuro; a elaboração de um site informático agregador e difusor gratuito das histó-

rias infantis; a realização de cartazes, folhetos e a elaboração de uma página no Facebook® para divulgar e dinamizar o projeto.

A fase de execução permitiu operacionalizar as fases anteriores, executando nos diferentes contextos de estágio, as atividades previamente definidas. Foram disponibilizadas histórias infantis através de site informático, tendo alcançado entre 900 a 2500 pessoas, conforme os dados obtidos, foi incrementada a literacia, sendo que os filhos dos participantes no questionário de avaliação referiram ter gostado das histórias, bem como os pais/cuidadores que também as avaliaram, maioritariamente, como excelentes e muito boas e, no que se refere à pertinência, o projeto foi avaliado como pertinente.

Desta forma, na última etapa, avaliação e análise reflexiva, o conjunto de dados obtidos ao longo da implementação do projeto, permitiu-nos analisar e avaliar o projeto, sendo que o mesmo, se revelou como uma estratégia promotora de literacia em saúde.

A experiência formativa nos diferentes campos de estágio permitiu refletir a diversidade de atividades e o seu valioso contributo na aquisição e desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas, para o planeamento, execução e gestão dos cuidados de enfermagem especializados. Esta experiência revelou-se, desta forma, como essencial ao desenvolvimento do nosso percurso formativo, assim como, ao desenvolvimento do projeto de intervenção em saúde.

Igualmente essenciais a estes percursos justapostos e interligados, revelaram-se os modelos conceituais de enfermagem selecionados, que fundamentaram a nossa prática e foram indispensáveis à prossecução dos objetivos de estágio, bem como do projeto.

Consideramos que o título do nosso projeto – Histórias para Crescer em Amor e Saúde – ‘expõe’ as teorias de enfermagem que selecionámos, o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey e a filosofia de cuidados centrados na família, isto é, o nosso projeto, ‘opera-se’ no contexto familiar, promovendo o aumento de momentos de lazer, leitura partilhada, potenciando o AMOR, e promovendo o aumento de conhecimentos em saúde, potenciando a SAÚDE.

A aglutinação de informação de saúde nas histórias infantis permitirá a capacitação das famílias – pais e crianças, na aquisição de comportamentos saudáveis, pelo que o modelo de Pender foi crucial para a execução do projeto promotor de saúde, dado que através de experiências de infância positivas, se potencia a sua saúde.

Considerando a criança como parte constituinte do seio familiar, recetora de cuidados em forma de proteção, estímulo e amor, de acordo com o modelo de Casey, através do nosso projeto, ‘trabalhamos’ em parceria, apoiando, ensinando a família na capacitação para satisfação das necessidades da criança.

Nesta partilha de conhecimentos promovemos o crescimento e desenvolvimento infanto-juvenil baseado em AMOR e SAÚDE, fomentando o início precoce da literacia no seio familiar, através da leitura partilhada, que está intrinsecamente relacionada com a adoção de comportamentos de saúde, promovendo-se, deste modo, o aumento da literacia em saúde.

Ao enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica compete o desenvolvimento dos mecanismos necessários para a estruturação do conhecimento e, baseado na evidência científica, constituir-se como impulsionador para a promoção precoce de práticas de literacia familiar, conducentes ao aumento da literacia em saúde e à obtenção de ganhos em saúde ao longo do seu ciclo vital.

Atestamos, assim, que sustentámos na evidência científica atual, o suporte ao projeto de intervenção em saúde, bem como, ao percurso formativo em campo de estágio, onde se alicerçaram conhecimentos, atitudes e aptidões para a aquisição de competências inerentes à prática especializada e de mestre.

Considerando os domínios comuns do enfermeiro especialista, foram desenvolvidas competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, da gestão dos cuidados, e desenvolvimento de aprendizagens profissionais. No que concerne às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, desenvolveram-se e consolidaram-se as competências: assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e prestação de cuidados específicos

em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, nos diferentes módulos da Unidade Curricular Estágio.

O Curso de Mestrado em Enfermagem proporcionou-nos, deste modo, uma componente teórica-prática profícua em conhecimento atualizado, favorecendo a capacidade de dar resposta as situações complexas com êxito, de análise crítica, baseada na investigação, assim como, apurou o sentido de responsabilidade, proatividade e compromisso na qualidade, de modo a desenvolver e atingir o perfil de Mestre.

Como limitação a este percurso mas com pouco envolvimento no resultado pretendido, evidenciamos a questão de falta de financiamento que ditou o atraso temporal na implementação de algumas atividades, concretamente na construção do site e na disponibilização das histórias criadas. Apesar desta e de outras limitações e percalços a nível profissional e pessoal, este foi um percurso rico em experiência e aprendizagem pessoal, académica e profissional, confirmado no impacto que teve e terá na prestação de cuidados de enfermagem especializados.

No futuro perspetivamos dar continuidade ao percurso iniciado, consideramos que este percurso não termina aqui, muito pelo contrário, a procura de conhecimento atualizado para uma prestação de cuidados de excelência, será nosso objetivo constante.

Relativamente ao projeto de intervenção em saúde, não deixaremos de procurar financiamento e consideramos poder publicar mais histórias infantis com temáticas promotoras de saúde infantil, promovendo o crescimento em AMOR e SAÚDE!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa. (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde. A promoção da Saúde*. A Carta de Ottawa, (pp. 1-6). Canadá. Disponível em: [https://www.iasaude.pt/attachments/article/152/Carta de Ottawa Nov 1986.pdf](https://www.iasaude.pt/attachments/article/152/Carta_de_Otawa_Nov_1986.pdf)
- ACSS. (2015) *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências*. Departamento de gestão da rede de serviços e recursos em saúde unidade de instalações e equipamentos. Disponível em: http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Urg%C3%A2ncias_%20final.pdf
- Alves-Martins, M. (1996). *Pré-História da Aprendizagem da Leitura*. Lisboa: ISPA.
- Als, H., Duffy, F., McAnulty, G., Rivkin, M., Vajapeyam, S., Mulkern, R., Warfield, S., Huppi, P., Butler, S., Conneman, N., Fischer, C., & Eichenwald, E. (2004). *Early Experience Alters Brain Function and Structure*. *Pediatrics*. 113 (4) 846-857. Disponível em: <https://pediatrics.aappublications.org/content/113/4/846.short>
- APA Style. (2018). *APA Style CENTRAL*. Disponível em: <http://www.apastyle.org>
- Arco, A., Arco, H., Lucindo, I., Martins, M. (2018). *Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos*. (2.ª versão). Disponível em: https://www.essp.pt/media/filer_public/2a/e9/2ae9fe53-2bc0-41df-83b1-bbda19ab3f94/normas_de_elaboracao_de_trabalhos_escritos_v2.pdf
- Associação Nacional de Intervenção Precoce (ANIP). (2016). *Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: Um Guia para Profissionais*. Projeto Im2. ANIP. Fundação Calouste Gulbenkian. Coimbra. ISBN:978-989-20-6312-6
- Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde (s.d.) *Regulamento do Estágio Final e Relatório do Mestrado de Enfermagem*. Disponível em:

[file:///C:/Users/crist/Downloads/Regulamento%20Est%C3%A1gio%20Final%20do%20Mestrado%20Enfermagem%20em%20Associa%C3%A7%C3%A3o%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/crist/Downloads/Regulamento%20Est%C3%A1gio%20Final%20do%20Mestrado%20Enfermagem%20em%20Associa%C3%A7%C3%A3o%20(4).pdf)

Azevedo, F. (2014). *Literatura Infantil e Leitores. Da Teoria às práticas*. 2ª Edição revista e ampliada. Lulu Press, Raleigh, N. C. Disponível em: [https://www.academia.edu/10128612/Literatura Infantil e Leitores. Da Teoria %C3%A0s Pr%C3%A1ticas](https://www.academia.edu/10128612/Literatura_Infantil_e_Leitores._Da_Teoria_%C3%A0s_Pr%C3%A1ticas)

B-Simple. (2020). Disponível em: <https://www.b-simple.pt/>

Barra, D, Paim, S., Sasso, G. & Colla, G. (2017). *Métodos para desenvolvimento de aplicativos móveis em saúde: revisão integrativa da literatura*. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072017000400502&script=sci_abstract

Benner (2001) *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

Billington, C. (2016). *How digital technology can support early language and literacy outcomes in early years settings: A review of the literature*. National Literacy Trust. Disponível em: file:///C:/Users/crist/Downloads/2016_06_16_free_research_-_digital_technology_early_literacy_review_2016_oWCanmt.pdf

Bittencourt, M., Marques, M, & Barroso, T. (2018). *Contributos das teorias de enfermagem na prática da promoção de saúde mental*. Revista de Enfermagem Referência. Série IV, n.º 18. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn18/serIVn18a13.pdf>

Boavida, T., Aguiar, C. & McWilliam, R. (2018) *A Intervenção Precoce e os Contextos de Educação de Infância*. Centro Interdisciplinar de Estudos Educacionais. Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Lisboa. Disponível em: https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/10487/1/A%20interven%C3%A7%C3%A3o%20precoce%20na%20inf%C3%A2ncia%20e%20os%20contextos%20de%20educa%C3%A7%C3%A3o%20de%20inf%C3%A2nciaebook_vf.pdf

Borzekowski, D. (2009). *Considering Children and Health Literacy: A Theoretical Approach*. Pediatrics(124), pp. S282-S288

Brasil. (2009) *Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília. Editora do Ministério da Saúde. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf

Calha, A. (2014). *O desenvolvimento de competências de literacia em saúde em contextos informais. Potencialidades da utilização da narrativa autobiográfica na educação para a saúde*. Núcleo de Estudos para a Intervenção Social, Educação e Saúde, Livro de Atas do "3º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa". Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6656/1/O%20desenvolvimento%20de%20compet%C3%A2ncias%20de%20literacia%20em%20sa%C3%BAde%20em%20contextos%20informais.pdf>

Casey, A. (1993). *Development and use of the partnership model of nursing care*. Em E. Glasper, & A. Tucker, *Advances in Child Health Nursing*. Oxford: Scutari Press

Casey, A. (2008). Ideal partnerships. *Paediatric Nursing*, 20(5), 3

Censos (2011). Disponível em: https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao

Chang, L. (2010). *Health Literacy, self-reported status and health promoting behaviours for adolescents in Taiwan*. Journal of Clinical Nursing(20), pp. 190-196.

Chiodi, L., Aredes, N., Scochi, C., & Fonseca, L. (2012) *Educação em saúde e a família do bebê prematuro: uma revisão integrativa*. Acta paul. enferm. 25(6): 969-974. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000600022&lng=en.

CH[REDACTED]. (2010) *Serviço de Pediatria da Unidade de [REDACTED]*. CH[REDACTED]

CH[REDACTED]. (2014) *Integração de Alunos de Enfermagem em Ensino Clínico*. CH[REDACTED]

CH[REDACTED]. (2015) *Protocolo: Administração oral ou rectal de antipiréticos/analgésico pela equipa de enfermagem*. CH[REDACTED]

CH[REDACTED]. (2016) *Relatório de Contas 2016*. CH[REDACTED]

Cordeiro,R., & Costa, R. (2012) *Métodos não farmacológicos para alívio do desconforto e da dor no recém-nascido: uma construção coletiva da enfermagem*. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 23(1), 185-192. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072014000100185&script=sci_arttext&lng=pt

Decreto-Lei n.º 281. (2009). Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. Diário da República - 1.º série - n.º 193. Disponível em: <https://www.dgs.pt/sistema-nacional-de-intervencao-precoce-na-infancia.aspx>

Decreto-Lei n.º 63. (2016). Graus académicos e diplomas do ensino superior. 3159-3191. Diário da República n.º176, 1.ª Série A. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>

Direcção-Geral de Saúde. (2010a). *Orientação: Programa Nacional de Saúde Escolar - Implementação nos agrupamentos de centros de saúde*. Direcção-Geral de Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0082010-de-14102010-pdf.aspx>

Direcção-Geral de Saúde. (2010b). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Direcção-Geral de Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142010-de-14122010-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde. (2011). *Maus Tratos em Crianças e Jovens - Guia Prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. Direção Geral de Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/maus-tratos-em-criancas-e-jovens-guiapratico-de-abordagem-diagnostico-e-intervencao.aspx>

Direção Geral de Saúde. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. Direcção Geral de Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circularesinformativas/orientacao-n-0242012-de-18122012.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Nacional*. Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2014). *Registo do Aleitamento Materno - Relatório janeiro a dezembro 2013*. Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil. Mama Mater - Associação pró Aleitamento Materno em Portugal. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/iv-relatorio-com-os-dados-do-registo-do-aleitamento-materno-2013-pdf.aspx>

Direcção-Geral de Saúde. (2015). *Norma: Programa Nacional de Saúde Escolar*. Direcção-Geral de Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152015-de-12082015-pdf.aspx>

Direcção-Geral de Saúde. (2016). *Programa Nacional de Vacinação 2017*. Direcção-Geral de Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-vacinacao-2017-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2018a) *Norma: Sistemas de Triage dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata*. Ministério da Saúde. Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2018b) *Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021 - Portugal*. Ministério da Saúde. Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2019a) *Manual de Boas Práticas de Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Ministério da Saúde. Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2019b) *Informação: Programa Ler + dá Saúde / Inscrição das USF e das UCSP*. Ministério da Saúde. Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/informacoes/informacao-n-0042019-de-14052019-pdf.aspx>

Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. (2016). *Literacia em Saúde em Portugal 2015 – Relatório Síntese*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN 978-989-8807-27-4. Disponível em: https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2017/08/29203225/PGISVersCurtaFCB_FINAL2016.pdf

Falcato, V. (2018). *Programa de Ação 2018-2020*. Centro de Saúde de [REDACTED].

Farrell, M. (1994). *Sócios nos cuidados: um modelo de enfermagem pediátrica*. Nursing. Lisboa. N.º 74 (Março 1994). p. 27-28

Ferreira, A. (2017). *Perceção dos profissionais de Intervenção Precoce na Infância acerca das práticas ideais no contexto português: Modelo colaborativo ou especialista?*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), Lisboa, Portugal. Disponível em: https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/14798/1/2017_ECSH_DPSO_Dissertacao_Ana_Raquel_Pires_Ferreira.pdf

Ferreira, C. (2015). *Gestão em enfermagem e a formação em serviço: Tecnologias de informação e padrões de qualidade*. (Dissertação de Mestrado). Porto, Portugal: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9756/1/tese_finalCarla%20Rego_fev2015.pdf

Ferreira, E., Vargas, I., & Rocha, S. (1998) *Um estudo bibliográfico sobre o apego mãe e filho: bases para a assistência de enfermagem pediátrica e neonatal*. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 6(4): 111-116. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691998000400014&lng=en

Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M. A. (2010). *Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas*. Percursos, pp. 1-37. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Fetro, J. (2010). *Health-Literate Youth: Evolving Challenges for Health Educators*. *American Journal of Health Education*, 41(5), pp. 258-264.

Flewitt, R. (2011). *Multimodal Literacies in the Early Years*. Disponível em: file:///C:/Users/crist/Downloads/NR-Ra5o6sEm_j5_8zHdBGQ.pdf

Fortin, M.(1999). *O Processo de Investigação da Concepção à Realização*. 1ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X

Gato, L. (2018). Relatório do Cantinho da Amamentação da UCC de [REDACTED]. UCC.

Goes, A., Câmara, G., Loureiro, I., Bragança, G., Saboga, L., & Bourbon, M. (2015). «Papa Bem»: investir na literacia em saúde para a prevenção da obesidade infantil. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902515000073>

Gonçalves, M. (2015). *Programa de Ação 2015-2017*. Centro de Saúde de [REDACTED].

Graça, L., Figueiredo, M., & Conceição, M. (2011). *Contributos da intervenção de enfermagem de cuidados de saúde primários para a promoção do aleitamento materno*. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Artigo Original 19(2):[09 telas] Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_27.pdf

Gronita, J., Matos, C., Pimentel, J., Bernardo, A., & Marques, J. (2011). *Crianças Diferentes - Intervenção Precoce: o processo de construção de boas práticas - relatório final*. Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian.

Hockenberry, M., & Barrera, P. (2014). *Perspectivas de Enfermagem Pediátrica*. Em M. Hockenberry, e D. Wilson, Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9º ed., pp. 1- 20). Loures: Lusociência.

Hockenberry, M., & Wilson, D. (2011). *Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier. ISBN: 978-85-352-3447-3

INE (2018). *Inquérito à utilização de tecnologias da informação e da comunicação pelas famílias* 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/crist/Downloads/21IUTICF2018.pdf>

Instituto de Apoio à Criança. (1998). *Carta da criança hospitalizada*. Instituto de Apoio à Criança. Humanização dos serviços de atendimento à criança. Disponível em: <http://www.iacrianca.pt/index.php/setores-iac/carta-da-crianca-hospitalizada>

Jeynes, W. (2005). *A Meta-Analysis of the Relation of Parental Involvement to Urban Elementary School Student Academic Achievement*. *Urban Education*, 40(3), 237-269. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0042085905274540>

Laxague, M. (2019) *Lectura y tecnologías de información y comunicación en la primera infancia: ¿una relación productiva?* In UNESCO. Dossier CERLAC – Primeira Infância: Lectura Digital en la primera infancia. Disponível em: <https://cerlalc.org/wp-content/uploads/2019/04/Dossier-Lectura-digital- - VF3.pdf>

L'Ecuyer, C. (2019) *El uso de las tecnologías digitales en la primeira infância: entre eslóganes y recomendaciones pediátricas*. In UNESCO. Dossier CERLAC – Primeira Infância: Lectura Digital en la primera infancia. Disponível em: <https://cerlalc.org/wp-content/uploads/2019/04/Dossier-Lectura-digital- - VF3.pdf>

Lei n.º 147. (1 de setembro de 1999). Lei de protecção de crianças e jovens em perigo. 6115 - 6132. Diário da República, Série I-A, n.º204. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/581619/details/normal?l=1>

- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual do Aleitamento materno*. Comité Português para a UNICEF. Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. Disponível em: <https://unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>
- Lopes, A., Silva, G., Rocha, S., Avelino, F., & Soares, L. (2015) *Amamentação em prematuros: caracterização do binômio mãe-filho e autoeficácia materna*. Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza, 28(1): 32-43. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/283845898_Amamentacao_em_prematuros_caracterizacao_do_binomio_mae-filho_e_autoeficacia_materna
- Maat J., Klink D., Hartogh-Griffioen, A., Schmidt-Crossen, E., Rippen, H., Hoek A., Neil, S., & et al. (2018) *Development and evaluation of a hospital discharge information package to empower parents in caring for a child with a fever*. 1-9. Disponível em: <https://eds.a.ebscohost.com/eds/command/detail?vid=15&sid=6083d18a-613f-4e3f-8133-25efca1f5ac2%40sessionmgr4009&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLGNvb2tpZSxzaGliLHVpZCZsYW5nPXBOlXB0JnNpdGU9ZWZrZWxpdmUmc2NvcGU9c2l0ZQ%3d%3d#AN=131710601&db=edb>
- Mata, L. (2004). *Era uma vez... Análise Psicológica*, 22 (1), 95-108
- Mata, L. (2006). *Literacia Familiar. Ambiente familiar e descoberta da linguagem escrita*. Porto: Porto Editora
- Melo, E., Ferreira, P., Lima, R., & Mello, D. (2014). *Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas*. Revista Latinoamericana de Enfermagem. Vol. 22. N.º 3 (Maio- Junho 2014). p. 432-439. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/pt_0104-1169-rlae-22-03-00432.pdf
- Melo, E., Rodrigues, A., Lima, R., Alves, F., Queirós, A., & Fontes, C. (2017). *Transição do recém-nascido dos cuidados intensivos para o domicílio, fatores facilitadores e dificultadores percebidos pelos pais: revisão integrativa da literatura*. Gestão de cuidados ao recém-nascido de alto risco e sua família. Atas do I Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Infantil e

Pediátrica – Investigação, Conhecimento e Prática Clínica. Referência – Revista de Enfermagem. Suplemento ao N.º 13. Série IV.

Mendes, M. (2016). *Parceria de cuidados em pediatria: ganhos em saúde para as crianças, para os pais e para os enfermeiros*. In *Diseños de la moderna investigación universitaria*, (pp.531-542). Madrid: McGraw- Hill Education
Disponível em:

http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/50685/3/Parceria%20de%20cuidados%20em%20pediatria_ganhos%20em%20sa%C3%Bade%20para%20as%20crian%C3%A7as%20para%20os%20pais%20e%20para%20os%20enfermeiros.pdf

Mendes, M., & Martins, M.. (2012). *Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros*. *Revista de Enfermagem Referência*, serIII(6), 113-121. Disponível em:

http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0874-02832012000100011&lng=pt&nrm=iso

Mendes, K., Silveira, R., & Galvão, C. (2008) *Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem*. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 17(4): 758-64. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>

Monge, M. (2019) *Promover el interés por la lectura, la comunicación y el desarrollo del lenguaje en ambientes de aprendizaje con el apoyo de tecnologías digitales en la primera infancia*. In UNESCO. *Dossier CERLAC – Primeira Infância: Lectura Digital en la primera infancia*. Disponível em: <https://cerlalc.org/wp-content/uploads/2019/04/Dossier-Lectura-digital--VF3.pdf>

Monsma, J., Richerson, J., & Sloand, E. (2015) *Empowering parents for evidence-based fever management. An integrative review*. 27, 222–229. Disponível em;

https://www.researchgate.net/publication/264243281_Empowering_parents_for_evidence-based_fever_management_An_integrative_review

Nascer Prematuro (s.d.). Disponível em: <http://www.nascer-prematuro.pt/quem-somos.html>

- Nietsche, E, Nora, A., Lima, M., Bottega, J., Neves, E., & Sosmayer, V. (2012). *Educação em saúde: planejamento e execução da alta em uma Unidade de Terapia Intensiva neonatal*. Esc. Anna Nery. 16(4): 809-816. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000400024&lng=en
- Nutbeam, D. (1998). *The WHO Health Promotion Glossary*. World Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
- Nutbeam, D. (2000). *Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century*. Health Promotion International. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nutbeam, D. (2008). *The evolving concept of health literacy*. Social Science & Medicine. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953608004577?via%3Dihub>
- Nutbeam, D. (2009). *Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies?* International Journal of Public Health. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00038-009-0050-x>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Promover o desenvolvimento Infantil na criança. Em Guias Orientadores de boa Prática em enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* (Ordem dos Enfermeiros ed., Vol. I, pp. 67-134). Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores_boa_pratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Ordem dos Enfermeiros*. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaofarmacologicasControloDorCrianca.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015a). *CIPE Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/cipe-2015.html?fbclid=IwAR1u9YSHVQPkIGX2xPamiqLYUFxTjOJH8VcXQRTbrcE4JONEfouVPS6Rwg8>

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livro_cj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015c). *Guia Orientador de Boa Prática - Adaptação à parentalidade durante a hospitalização* (Série 1 Nº 8 ed.). Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Parentalidade_ePositiva_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto2_padroesqualidcuidesip.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Regulamento n.º 422/2018*. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8348/1919219194.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento 140/2019 Competências comuns do enfermeiro especialista*. Portugal: Diário da República, 2.a série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/119236195/details/normal?l=1>

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf

Ordem dos Psicólogos. (2015). *Literacia em Saúde*. Lisboa. Disponível em: http://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/literacia_em_sa_de.pdf

Pacheco, S., Rodrigues, B., Dionísio, M., Machado, A., Coutinho, K., & Gomes, A. (2013). *Cuidado Centrado na Família: Enfermagem no contexto da criança hospitalizada*. Revista de Enfermagem UERJ, 21(1), 106-112. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6443/4584>

Paek, H., & Hove, T. (2012). *Social Cognitive Factors and Perceived Social Influences That Improve Adolescent eHealth Literacy*. Health Communication, 27(8), pp. 727-737.

Pedro, A. (2018). *Literacia em Saúde: da gestão da informação à decisão inteligente*. (Tese de Doutoramento). Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/58232/1/RUN%20-%20Tese%20de%20Doutoramento%20-%20Ana%20Rita%20Pedro.pdf>

Pedro, A., Amaral, O. & Escoval, A. (2016). *Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902516300311>.

Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. (2010). *Health Promotion in Nursing Practice* (6ª ed.). Essex: Pearson.

Pender, N. (2011) *Heath Promotion Model Manual*. University of Michigan. Disponível em: https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf.

Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice*. 7th edition. NJ: Prentice Hall.

- Peetoom K, Ploum L, Smits J, Halbach N, Dinant G & Cals J. (2016) *Childhood fever in well-child clinics. A focus group study among doctors and nurses*. 6:240,1-8. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/305077881_Childhood_fever_in_well-child_clinics_a_focus_group_study_among_doctors_and_nurses
- Pessanha, A. M. (2001). *Actividade lúdica associada a literacia*. Lisboa: IIE
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pinto, T., Castro, D., Bringuente, M., Anna, H., Souza, T., & Primo, C. (2018) *Animação educativa sobre cuidados domiciliários com o prematuro*. Rev. Bras. Enfermagem. 71 (supl 4): 1699-706. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/326778280_Educational_animation_about_home_care_with_premature_newborn_infants
- Pontes, V., & Azevedo, F. (2008). *A criança e a literatura infantil: uma relação fantástica em sala de aula*. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/277121205_A_crianca_e_a_literatura_infantil_uma_relacao_fantastica_em_sala_de_aula
- Portugal. (2017) *Plano Nacional de Leitura Quadro estratégico. Plano Nacional de Leitura 2027*. Disponível em: http://www.planonacionaldeleitura.gov.pt/data/quadro_estrategico_pnl_2027.pdf
- Prole, A. (2007). *Como fazer um Projecto de Promoção da Leitura*. Gulbenkian - Casa da Leitura. Disponível em: http://www.casadaleitura.org/portalbeta/bo/documentos/manual_instrucoes_projectos_a_C.pdf
- Quintans, P. (2015). *Contributo para a Promoção da Literacia em Saúde nas Escolas Portuguesas*. Atlas da Saúde. Disponível em: <https://www.atlasdasaude.pt/publico/content/contributo-para-promocao-da-literacia-em-saude-nas-escolas-portuguesas>

- Rego, A., Cunha, M., Gomes, J., Cunha, R., Cabral-Cardoso, C., & Marques, C. (2015). Manual de gestão de pessoas e de capital humano (3ª ed.). Lisboa, Portugal: Edições Sílabo, Lda.
- Resende, A., & Figueiredo, M. (2018). *Práticas de literacia familiar: uma estratégia de educação para a saúde para o desenvolvimento integral da criança*. Portuguese J Public Health;36:102-113. Disponível em: <https://www.karger.com/Article/Pdf/492265>
- Ribeiro, C., Moura, C., Sequeira, C., Barbieri, M., & Erdmann, A. (2015) *Perceção de pais e enfermeiros sobre cuidados de Enfermagem em neonatologia: uma revisão integrativa*. Rev. Enf. Ref. serIV(4): 137-146. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832015000100015&lng=pt
- Rocha, F., Santana, E., Silva, É., Carvalho, J., & Carvalho, F. (2017). *Uso de Apps para a Promoção dos Cuidados à Saúde*. III Seminário de Tecnologias Aplicadas em Educação e Saúde. Disponível em: <file:///C:/Users/crist/Downloads/3832-10109-1-SM.pdf>
- Ruivo, M., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). *Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas*. Percursos, (15), 1-37
- Sakraida, T. J. (2004). *Nola J. Pender - Modelo de Promoção de Saúde*. Em A. M. Tomey, & M. R. Alligood, Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem) (5ª ed., pp. 699-709). Loures: Lusociência.
- Santos, A. (2011). *NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados...* Nascer e crescer - revista do hospital de crianças Maria Pia. vol XX, n.º 1. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v20n1/v20n1a06.pdf>
- Santos, O. (2010). *O papel da literacia em Saúde: capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal*. Observatório Nacional da Obesidade e do Controlo do Peso. Disponível em: [https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/2320/1/\(2010\)%20Literacia%20em%20sa%C3%BAde%20-%20capacitando%20a%20pessoa%20com%20excesso%20de%20peso%20par](https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/2320/1/(2010)%20Literacia%20em%20sa%C3%BAde%20-%20capacitando%20a%20pessoa%20com%20excesso%20de%20peso%20par)

[a%20o%20controlo%20e%20redu%C3%A7%C3%A3o%20da%20carga%20pouderal.pdf](#)

Schmidt, K., TerassiII, M. Marcon, S., & Higarashi, I. (2013) *Práticas da equipe de enfermagem no processo de alta do bebê pré-termo*. Rev. Bras. Enfermagem. 66(6): 833-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n6/04.pdf>

Sénéchal, M., & LeFevre, J. (2002). *Parental involvement in the development of children's reading skill: a five-year longitudinal study*. Child Development, 73(2), 445- 446.

Silva, A., Santos, I. (2010). *Promoção do autocuidado de idosos para o envelhecer saudável: aplicação da teoria de Nola Pender*. Texto & Contexto Enfermagem. 19 (4), 745-753.

Silva, C., Martins, M., & Cavalcanti, J. (2012). *Ler em família, Ler na escola, Ler na biblioteca: Boas práticas*. Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti. Porto. Disponível em: file:///C:/Users/crist/Desktop/Mestrado%20em%20Enfermagem/Projeto%20de%20Intervenção/boas_pagina_o_TR.pdf

Silva, E. (2017). *NIDCAP, um processo de criação e transformação no SMIPN do CHA-Faro*. Painel "Promoção do Desenvolvimento em Unidades Neonatais de Elevada Diferenciação". Atas do I Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Investigação, Conhecimento e Prática Clínica. Referência – Revista de Enfermagem. Suplemento ao N.º 13. Série IV.

Silva, J. (2016). *A promoção da literacia no jardim de infância e em ambiente familiar: Perceções de Educadores de Infância e de Encarregados Educação*. (Tese de Mestrado). Instituto Superior de Educação e Ciências. Lisboa. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/19118/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Joana_Silva.pdf

Silva, P., Barbosa, S., Rocha, R., & Ferreira, T. (2018) *Vivência e necessidade de pais de neonatos prematuros internados em unidade de terapia intensiva*

neonatal. Rev. Enf. UFPI. 7(1):15-9. Disponível em:
<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/6667/pdf>

Sim-Sim, I. (1999). *Porque é que literatura se escreve com "d"*. A revista das ESES, 10, 27-36.

Smith, F. (2003). *Compreendendo a Leitura - Uma análise psicolinguística da leitura e do aprender a ler* (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Soares, H., & Tavares, P. (2016). *A leitura como fator determinante de saúde da criança e toda a família*. Ordem dos Enfermeiros. Açoriano Oriental. Acedido em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/3724/maio16.pdf>

Sousa, D. (2013). *Competências e Saberes em Enfermagem*. Obtido em 13 de Março de 2019, de Ordem dos Enfermeiros: <https://docplayer.com.br/7743245-Competencias-e-saberesem-enfermagem.html>

SPN (2016). *Manual para pais de bebés prematuros*. Disponível em: <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/Manual-completo.pdf>

Tavares, J. & Alarcão I. (1992). *Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina

Turner, M., Hansen, A., & Winefield, H. *Mothers' experiences of the NICU and a NICU support group programme*. Journal of Reproductive and Infant Psychology. 2015. 33:2, 165-179, . Disponível em: <https://doi.org/10.1080/02646838.2014.998184>

UCC (2017). *Regulamento Interno do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco de* [REDACTED]. UCC de [REDACTED].

UCINP.(s.d.) *Manual de Integração para os profissionais de Enfermagem*, Hospital de [REDACTED], Serviço de Pediatria. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos.

UNESCO. (s.d.). *Education: Literacy*. Disponível em: <http://www.unesco.org/new/en/education/themes/education-buildingblocks/literacy/>

UNESCO (2013) *Toward Universal Learning. What every child should learn*. Disponível em: <http://www.uis.unesco.org>

UNICEF . (2019). *A Convenção sobre os Direitos da Criança*. Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos. Edição Comité Português para a UNICEF. Disponível em: https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf

Viana, F., Cruz, J., & Ribeiro, I. (2012). *Ler e escrever para ajudar o meu filho a crescer: Apresentação de um programa de literacia familiar*. In: Silva, C., Martins, M., & Cavalcanti, J. *Ler em família, Ler na escola, Ler na biblioteca: Boas práticas*. Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti. Porto. Disponível em: file:///C:/Users/crist/Desktop/Mestrado%20em%20Enfermagem/Projeto%20de%20Intervenção/boas_pagina_o_TR.pdf

Vilhena, D. (2014). *Literacia Familiar - Crenças, Práticas e Ambientes de Literacia em famílias e Conhecimento de Leitura das Crianças no 1º ano de escolaridade*. (Tese de Mestrado em Psicologia). Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3658/1/19215>

